

Bezpieczna Grupa (2011)

Ogólne warunki grupowego
ubezpieczenia na życie

Ogólne warunki dodatkowych
ubezpieczeń grupowych



Spis treści

1. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-0309	str. 4
2. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW, GNZ) BRP-0409	str. 15
3. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) BRP-0509	str. 17
4. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy (GWP) BRP-0609	str. 18
5. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) BRP-0709	str. 20
6. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU, GTZ) BRP-0809	str. 22
7. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy (GTUP) BRP-0909	str. 25
8. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTR) BRP-1009	str. 27
9. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty (GCT) BRP-1109	str. 33
10. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPN) BRP-1209	str. 34
11. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPO) BRP-1309	str. 36
12. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy (GCP) BRP-1110	str. 39
13. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy (GNPW, GNPC) BRP-1409	str. 42
14. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZI, GPZ2) BRP-1509	str. 45
15. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) BRP-1609	str. 50
16. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) BRP-1709	str. 63
17. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy (GRE) BRP-1809	str. 68
18. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka (GUD) BRP-1909	str. 71
19. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka (GOD) BRP-2009	str. 73
20. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka (GZD) BRP-2109	str. 74
21. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) BRP-2209	str. 75
22. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) BRP-2309	str. 76
23. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) BRP-2409	str. 77
24. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia (GZR) BRP-2509	str. 78
25. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (GPZD) BRP-2609	str. 80
26. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTUM) BRP-2709	str. 83
27. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPNM) BRP-2809	str. 85
28. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka (GPZM1, GPZM2) BRP-2909	str. 87



Szanowni Państwo,

W imieniu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group mam zaszczyt przedstawić Państwu kompleksowy program grupowego ubezpieczenia na życie **Bezpieczna Grupa**.

Program **Bezpieczna Grupa** ma na celu zapewnienie ochrony zdrowia i życia Państwa Pracowników oraz członków ich rodzin przy zachowaniu atrakcyjnych składek i adekwatnych kwot wypłacanych świadczeń.

Proponowane rozwiązania stanowią nowoczesną alternatywę dla tradycyjnych programów zabezpieczenia socjalnego, jakie funkcjonują na polskim rynku.

Przygotowując ten program Towarzystwo bazowało na wieloletnich doświadczeniach swojego austriackiego akcjonariusza, a także własnych doświadczeniach zdobytych w ciągu kilkunastoletniej działalności ubezpieczeniowej.

Mogę z dumą podkreślić, że proponowany program ubezpieczeniowy wyróżnia się na tle innych ubezpieczeń funkcjonujących na rynku. Konstrukcja produktu daje możliwość stworzenia indywidualnego zabezpieczenia każdemu z Państwa Pracowników.

Towarzystwo zapewnia wysoką jakość prezentowanego ubezpieczenia grupowego na życie, jak i nowoczesny oraz profesjonalny sposób obsługi umów ubezpieczenia. Dołożymy wszelkich starań, aby realizacja proponowanych przez nas rozwiązań stała się początkiem długotrwałej współpracy, przynoszącej wymierne korzyści Państwa Pracownikom.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych Klientów, zamieściliśmy na stronie internetowej informacje związane z obsługą zawartych umów grupowego ubezpieczenia na życie oraz uruchomiliśmy tam przewodnik dla osób zgłaszających roszczenie z tytułu umowy **Bezpieczna Grupa**. Pod adresami <http://www.compensa.pl/PL/Druki/grupowe/default.html> oraz http://www.compensa.pl/PL/Szkody/obsługa_swadczen/default.html znajdą Państwo wszystkie potrzebne formularze, w tym wniosek o zawarcie i zmianę warunków umowy ubezpieczenia, wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, wniosek o wypłatę świadczenia oraz listę dokumentów niezbędnych do udokumentowania prawa do świadczenia, a także wskazówki i odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Internetowy przewodnik umożliwia również wydrukowanie potrzebnych formularzy.

Aby możliwie skrócić czas rozpatrywania roszczenia, prosimy o przesyłanie wniosków o wypłatę świadczenia bezpośrednio do Departamentu Świadczeń i Oceny Ryzyka w centrali Towarzystwa. Warunkiem szybkiego rozpatrzenia roszczenia jest przesłanie kompletnej dokumentacji, na którą składa się wniosek o wypłatę świadczenia oraz dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia (określone w OWU i OWDU).

Złożone przez Państwa dokumenty zostaną przekazane do likwidatora. W przypadku gdy proces rozpatrywania trwa dłużej niż 7 dni, likwidator zajmujący się zgłoszeniem, prześle do Państwa informację o dalszym postępowaniu.

O podjętej decyzji Towarzystwo poinformuje Państwa pisemnie.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości na etapie rozpatrywania roszczenia prosimy o kontakt z **Infolinią 801 120 000** lub bezpośrednio z likwidatorem zajmującym się zgłoszeniem.

Dziękując za obdarzenie nas zaufaniem,
składam wyrazy szacunku,

Piotr Tański
Członek Zarządu

BEZPIECZNA GRUPA

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

BRP-0309

§ 1. WSTĘP

1. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0309 (zwane dalej: OWU) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia grupowego na życie, w których stroną jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwane dalej Towarzystwem i stanowią integralną część Umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie.

2. Wyrazy i skróty podane wielkimi literami w tekście OWU zostały zdefiniowane w § 2 lub pozostałych postanowieniach OWU.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia użyte w OWU oraz w ogólnych warunkach Ubezpieczeń dodatkowych (zwanych dalej: OWDU) oznaczają:

1. Osoba ubezpieczona – osoba fizyczna, której życie oraz zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU. Osobą ubezpieczoną jest posiadający Zdolność ubezpieczeniową: Pracownik lub zgłoszony za zgodą Towarzystwa przez Pracownika przystępującego do Umowy ubezpieczenia lub będącego Osobą ubezpieczoną jego Małżonek albo jego Partner lub jego Pełnoletnie dziecko.

2. Ubezpieczający – osoba fizyczna albo inny podmiot prawa, który zawarł Umowę ubezpieczenia na rachunek Osoby ubezpieczonej i jest zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

3. Uposażony – osoba wyznaczona przez Osobę ubezpieczoną jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej.

4. Uposażony zastępczy – osoba wyznaczona przez Osobę ubezpieczoną jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej w sytuacji, gdy w dacie śmierci Osoby ubezpieczonej Uposażony nie żyje. Uposażony zastępczy może być wyznaczony przez Osobę ubezpieczoną wyłącznie w przypadku, gdy wskazała ona tylko jednego Uposażonego.

5. Pracownik – osoba fizyczna:

1) pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, tj. zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, albo

2) wykonująca na rzecz Ubezpieczającego przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio przed dniem wskazanym w Deklaracji zgody jako deklarowany dzień początku Okresu ubezpieczenia, pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, jeżeli jest objęta z tego tytułu ubezpieczeniem społecznym, albo

3) będąca jednocześnie pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy i Ubezpieczającym w Umowie ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na podstawie OWU.

6. Małżonek – osoba, która pozostaje z Pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Partner – osoba nie pozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, płci odmiennej niż Pracownik, niespokrewniona i niespowinowacona z Pracownikiem, zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, z którą Pracownik pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

a) posiadanie wspólnych dzieci lub

b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub

c) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile Pracownik nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako Partner zgłoszony do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba. Zgłoszenie Partnera może nastąpić ze skutkiem na dzień początku Okresu ubezpieczenia albo na dzień Rocznicy ubezpieczenia. Zmiana zgłoszenia Partnera może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia.

8. Pełnoletnie dziecko – dziecko własne albo przysposobione albo pasierb (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) Pracownika.

9. Akt terroryzmu – planowane i zorganizowane działanie pojedynczych osób lub grup skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu zastraszenia bądź wymuszenia określonych zachowań lub świadczeń od władz państwowych i społeczeństwa, często naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.

10. Certyfikat ubezpieczenia – dokument potwierdzający objęcie Osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową, zawierający m.in. dzień początku Okresu ubezpieczenia oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej na dzień objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową, przekazywany Osobie ubezpieczonej za pośrednictwem Ubezpieczającego.

11. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Osoby ubezpieczonej, zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez Osobę ubezpieczoną okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania.

12. Deklaracja zgody – dokument podpisany przez Ubezpieczającego i odpowiednio: Pracownika lub Małżonka albo Partnera, lub Pełnoletnie dziecko, przystępujących do Umowy ubezpieczenia, zawierający m.in. oświadczenie woli danej osoby wyrażające zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej (objęcie ochroną ubezpieczeniową) na podstawie Umowy ubezpieczenia.

13. Dzień zapłaty Składki za grupę – dzień, w którym kwota Składki za grupę została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

14. Karencja – okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa przez okres wskazany w OWU lub odpowiednich OWDU, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem Nieszczęśliwych wypadków.

15. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagle zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną i niezależne od woli ani stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej, w następstwie którego Osoba ubezpieczona doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia lub zmarła; w rozumieniu OWU za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób, nawet jeżeli wystąpiły nagle bądź zostały ujawnione przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną.

16. Okres ubezpieczenia – czas, w jakim Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej danej Osobie ubezpieczonej na podstawie Umowy ubezpieczenia, OWU lub odpowiednich OWDU, rozpoczynający się



w dniu wskazanym w Certyfikacie ubezpieczenia (dniu początku Okresu ubezpieczenia).

17. Pojazd – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze lub maszyna lub urządzenie do tego przystosowane.

18. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki.

19. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³. W rozumieniu niniejszych OWU uważa się, że Osoba ubezpieczona pozostawała pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez Osobę ubezpieczoną, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez Osobę ubezpieczoną.

20. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica dnia początku Okresu ubezpieczenia danej Osoby ubezpieczonej określonego w Certyfikacie ubezpieczenia.

21. Rocznicą Umowy ubezpieczenia – rocznica dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa określonego w Polisie.

22. Składka ubezpieczeniowa (Składka) – składka należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za daną Osobę ubezpieczoną obejmująca należności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i Ubezpieczeń dodatkowych. Częstotliwość opłacania Składki jest określona w Polisie.

23. Składka za grupę – suma Składek ubezpieczeniowych opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa za wszystkie Osoby ubezpieczone w terminach określonych w Polisie.

24. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

25. Ubezpieczenie podstawowe – grupowe ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Osoby ubezpieczonej.

26. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe ubezpieczenie grupowe, stanowiące rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie odpowiednich OWDU.

27. Umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe i – o ile Ubezpieczający zwróci się do Towarzystwa o rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa – Ubezpieczenia dodatkowe.

28. Wiek Osoby ubezpieczonej (Wiek) – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Osoby ubezpieczonej.

29. Zdarzenie ubezpieczeniowe – wydarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o Świadczenie.

30. Zdolność ubezpieczeniowa – spełnienie przez osobę przystępującą do Umowy ubezpieczenia wymagań określonych w § 7 OWU, w dniu będącym proponowanym w Deklaracji zgody dniem początku Okresu ubezpieczenia tej osoby.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie oraz zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia lub
 - 2) wystąpienie w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Choroby śmiertelnej.
2. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Osobę ubezpieczoną, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, pomniejszone o wypłacone Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej, z zastrzeżeniem postanowień OWU.
3. W razie wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, określonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż 300.000 zł, z zastrzeżeniem postanowień OWU.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej i jest należne, o ile w dacie wypłaty tego Świadczenia Osoba ubezpieczona żyje.

§ 5. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności może nastąpić za zgodą Towarzystwa na podstawie Ubezpieczeń dodatkowych zawartych w oparciu o odpowiednie OWDU lub postanowienia szczególne Umowy ubezpieczenia.

2. Wykaz odpowiednich Ubezpieczeń dodatkowych, którymi jest objęta Osoba ubezpieczona w ramach Umowy ubezpieczenia, jest określony w Polisie wystawionej dla danego Ubezpieczającego oraz w Certyfikacie ubezpieczenia wystawionym dla danej Osoby ubezpieczonej.

3. W sprawach nieuregulowanych w OWDU stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczającego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących warunków zatrudnienia, stanu zdrowia osób składających Deklarację zgody, a także struktury zatrudnienia, struktury wieku i struktury płci grupy osób składających Deklarację zgody.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego.

3. Do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia należy dołączyć:

- 1) ofertę ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego,
- 2) prawidłowo wypełnione Deklaracje zgody osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia, podpisane przez te osoby i przez Ubezpieczającego,
- 3) oryginał wykazu osób składających Deklaracje zgody podpisany przez Ubezpieczającego,
- 4) odpis z KRS lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej,
- 5) zaświadczenie GUS o nadaniu numeru REGON.



4. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1 lub jeżeli dokumenty, o których mowa w ust. 2-3, zostały sporządzone nieprawidłowo, Towarzystwo niezwłocznie zwróci się do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie lub sporządzenie nowych w terminie 3 miesięcy od daty wpływu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do siedziby Towarzystwa. Po upływie tego terminu, jeżeli dokumentacja nie jest kompletna, przyjmuje się, że Ubezpieczający wycofał wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzach, a w szczególności w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Deklaracjach zgody, wykazie osób składających Deklaracje zgody i w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia danej Osoby ubezpieczonej. W przypadku gdy Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, okoliczności te uważa się za nieistotne. Obowiązki wskazane w niniejszym ustępie spoczywają również na Osobie ubezpieczonej przystępującej do Umowy ubezpieczenia i obejmują okoliczności jej znane.

6. Przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania:

- 1) zmiany sumy ubezpieczenia w stosunku do proponowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
- 2) przesunięcia dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanego we wniosku lub dnia początku Okresu ubezpieczenia poszczególnych osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
- 3) zastosowania warunków szczególnych, na podstawie których Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta.

7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w Polisie, nie dłużej jednak niż na okres 1 roku. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na okres kolejnego roku na dotychczasowych warunkach, jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż miesiąc przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia.

8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do uzależnienia zawarcia Umowy ubezpieczenia od przystąpienia do niej określonej liczby osób oraz od odzwierciedlenia struktury zatrudnienia, struktury wieku i struktury płci grupy osób posiadających zdolność ubezpieczeniową w strukturze grupy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia, a także od wykonania przez osoby przystępujące do Umowy ubezpieczenia badań medycznych w przypadku zlecenia ich przez Towarzystwo.

9. Każda ze stron może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, również pomimo złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

10. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą, którą doręcza Ubezpieczającemu wraz z wykazem Osób ubezpieczonych na dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa określony w Polisie.

11. Z zachowaniem postanowień ust. 12 poniżej Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu Polisy przez Towarzystwo.

12. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręczy Ubezpieczają-

cemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, OWU lub OWDU, Towarzystwo obowiązane będzie zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, OWU lub OWDU. W przypadku braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

13. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacenia pierwszej Składki za grupę przed dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, na rachunek Towarzystwa wskazany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZDOLNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA

1. Zdolność ubezpieczeniowa Pracownika przystępującego do Umowy ubezpieczenia polega na łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) Wiek Pracownika przystępującego do Umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 16 i nie więcej niż 64 lata,

2) Ubezpieczający doręczył Towarzystwu:

a) oryginał wykazu osób składających Deklaracje zgody uwzględniający danego Pracownika,

b) Deklarację zgody poprawnie wypełnioną i podpisaną przez Ubezpieczającego oraz Pracownika,

3) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia spełnia wymogi definicji Pracownika, o której mowa w § 2 ust. 5 OWU:

a) w dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – w przypadku Pracowników przystępujących do Umowy ubezpieczenia w dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,

b) w dniu wskazanym w Deklaracji zgody jako deklarowany dzień początku Okresu ubezpieczenia – w przypadku Pracowników przystępujących do Umowy ubezpieczenia po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,

4) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia w dniu podpisania Deklaracji zgody nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym,

5) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia poddał się badaniom medycznym oraz podał dodatkowe informacje i dokumenty i wydano wobec tego Pracownika decyzję o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego - w przypadku zlecenia przez Towarzystwo badań medycznych lub zwrócenia się przez Towarzystwo o podanie dodatkowych informacji i dokumentów.

2. Zdolność ubezpieczeniowa Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka przystępującego do Umowy ubezpieczenia polega na łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) Wiek osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia wynosi:

a) nie mniej niż 16 i nie więcej niż 64 lata – w przypadku Małżonka albo Partnera,

b) ukończone 18 lat i nie więcej niż 64 lata – w przypadku Pełnoletniego dziecka,

2) osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia jest Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem przystępującego do Umowy



ubezpieczenia albo będącego Osobą ubezpieczoną Pracownika i została przez tego Pracownika zgłoszona do Umowy ubezpieczenia,

3) Ubezpieczający doręczył Towarzystwu:

a) oryginał wykazu osób składających Deklaracje zgody uwzględniający odpowiednio: Małżonka albo Partnera lub Pełnoletnie dziecko,

b) Deklarację zgody poprawnie wypełnioną i podpisaną przez Ubezpieczającego oraz zgłoszonego przez Pracownika Małżonka albo Partnera lub Pełnoletnie dziecko, wraz z oświadczeniem Pracownika, że osoba zgłaszana przez niego do Umowy ubezpieczenia jest odpowiednio: jego Małżonkiem w rozumieniu § 2 ust. 6 OWU albo jego Partnerem w rozumieniu § 2 ust. 7 lub jego Pełnoletnim dzieckiem w rozumieniu § 2 ust. 8 OWU,

4) odpowiednio: Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko poddało się badaniom medycznym oraz podało dodatkowe informacje i dokumenty i wydano wobec odpowiednio: Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka decyzję o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego – w przypadku zlecenia przez Towarzystwo badań medycznych lub zwrócenia się przez Towarzystwo o podanie dodatkowych informacji i dokumentów.

3. Za zgodą Towarzystwa do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba nie spełniająca warunków Zdolności ubezpieczeniowej wskazanych w ust. 1-2 powyżej.

4. Towarzystwo ma prawo do ustalenia Zdolności ubezpieczeniowej osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia i zwracania się w tym celu do Ubezpieczającego, osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia i Pracownika zgłaszającego swojego Małżonka albo Partnera lub swoje Pełnoletnie dziecko, o podanie informacji oraz przekazanie żądanych przez Towarzystwo kopii dokumentów potwierdzających Zdolność ubezpieczeniową.

§ 8. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Certyfikacie ubezpieczenia jako dzień początku Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2-4 oraz postanowień § 2 ust. 14 i § 10 OWU, regulujących Karencję. Dniem początku Okresu ubezpieczenia jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.

2. Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej, jeżeli pierwsza Składka ubezpieczeniowa za daną Osobą ubezpieczoną została zapłacona w dniu jej śmierci lub po tej dacie, chyba że:

1) pierwsza Składka ubezpieczeniowa za tę Osobą ubezpieczoną została zapłacona nie później niż w terminie, o którym mowa w § 12 ust. 3 i

2) oryginał wykazu osób składających Deklaracje zgody, uwzględniający tę Osobą ubezpieczoną, został doręczony do siedziby Towarzystwa nie później niż przed dniem śmierci Osoby ubezpieczonej.

3. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio do innych Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych Umową ubezpieczenia.

4. Dzień początku Okresu ubezpieczenia dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową może być dniem późniejszym niż dzień zaproponowany w Deklaracji zgody, w szczególności w sytuacji określonej w § 9 ust. 7.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa nie później niż:

1) w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej;

2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia;

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 69 lat;

4) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę za daną Osobą ubezpieczoną w pełnej wysokości i nie zapłacono Składki w pełnej wysokości za kolejny okres;

5) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę za daną Osobą ubezpieczoną w pełnej wysokości, ale nie później niż w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym zaszła przynajmniej jedna z określonych niżej sytuacji:

a) zaprzestano potrącać Składkę za Pracownika w sytuacji, o której mowa w § 19, tj. złożenia przez niego oświadczenia o cofnięciu zgody na zastrzeżenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej;

b) Pracownik cofnął zgodę na potrącanie Składki z wynagrodzenia;

c) Osoba ubezpieczona przestała być Pracownikiem Ubezpieczającego (w przypadku Osoby ubezpieczonej będącej Pracownikiem);

d) Osoba ubezpieczona rozpoczęła urlop wychowawczy lub bezpłatny (w przypadku Osoby ubezpieczonej będącej Pracownikiem);

e) Towarzystwo zaniechało w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji, o której mowa w § 13 ust. 2 OWU, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki za grupę w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie;

f) wygasła odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Pracownika, który zgłosił tę osobę do Umowy ubezpieczenia (w przypadku Osoby ubezpieczonej będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika).

6. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu listy osób, których dotyczą sytuacje określone w ust. 5 pkt 5) lit. a)-d) i f) powyżej, nie później niż do końca pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po okresie, za który zapłacono za te osoby ostatnią Składkę w pełnej wysokości.

§ 9. PRZYSTĘPOWANIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która spełnia warunki Zdolności ubezpieczeniowej.

2. Dana osoba wyraża pisemną zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej poprzez podpisanie Deklaracji zgody przed objęciem tej osoby ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczający i Towarzystwo mogą uzgodnić inną formę wyrażenia przez dane osoby zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

3. W okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby dotychczas nie ubezpieczone na podstawie danej Umowy ubezpieczenia.

4. Do objęcia ochroną ubezpieczeniową w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia wymagane jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie przez osoby objęte ochroną ubezpieczeniową i przez Ubezpieczającego Deklaracji zgody oraz doręczenie ich do siedziby Towarzystwa w terminie, o którym mowa w ust. 6 poniżej.

5. Ubezpieczający proponuje w Deklaracji zgody danej osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia dzień początku Okresu ubezpieczenia, który musi być pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, ale nie może być dniem wcześniejszym niż pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego przypadający po dniu podpisania Deklaracji zgody.

6. Ubezpieczający ma obowiązek doręczać do siedziby Towarzystwa Deklaracje zgody osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia wraz z oryginałem wykazu osób składających Deklaracje zgody, nie później niż przed proponowanym dniem początku Okresu ubezpieczenia.



7. Jeżeli Deklaracja zgody danej osoby lub wykaz osób składających Deklaracje zgody zostaną dostarczone po terminie określonym w ust. 6 powyżej, wówczas osoba ta zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową w późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo terminie.

8. Towarzystwo może skierować daną osobę przystępującą do Umowy ubezpieczenia na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej przez Towarzystwo placówce medycznej. Koszty badań medycznych pokrywa Towarzystwo. W przypadku niedostarczenia wyników wszystkich zleconych badań w terminie 3 miesięcy od daty skierowania na badania, Towarzystwo odmówi zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia osoby skierowanej na badania.

9. Do Osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia, która na dzień podpisania Deklaracji zgody przebywała na zwolnieniu lekarskim trwającym w ciągu ostatniego przed podpisaniem Deklaracji zgody roku, łącznie dłużej niż 21 dni, z wyłączeniem osoby przebywającej na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą, Towarzystwo zwróci się o wypełnienie oświadczenia o stanie zdrowia lub ankiety medycznej lub skieruje ją na badania medyczne.

10. Towarzystwo może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób na podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wyników badań medycznych, o których mowa w ust. 8 powyżej. W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danej osoby, Towarzystwo zwróci Składkę zapłaconą za tę osobę.

11. Towarzystwo potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową danej Osoby ubezpieczonej poprzez wystawienie Certyfikatu ubezpieczenia, który doręcza każdej Osobie ubezpieczonej za pośrednictwem Ubezpieczającego.

12. Osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia, do której Towarzystwo zwróciło się o podanie dodatkowych informacji i dokumentów lub o wypełnienie oświadczenia o stanie zdrowia lub ankiety medycznej, bądź którą Towarzystwo skierowało na badania medyczne, do dnia decyzji Towarzystwa dotyczącej akceptacji lub braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego jest objęta tymczasową ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy Ubezpieczenia podstawowego, nie wyższej jednak niż 100.000 zł. W przypadku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego uznaje się, że odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Osoby ubezpieczonej rozpoczyna się od dnia początku Okresu ubezpieczenia wskazanego w Certyfikacie ubezpieczenia. W przypadku braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem podjęcia decyzji o braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego.

13. Postanowienia ust. 12 stosuje się odpowiednio do osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia, za którą Ubezpieczający nie złożył prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie, o którym mowa w ust. 6, a Towarzystwo wyraziło zgodę na złożenie prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie późniejszym niż termin, o którym mowa w ust. 6, wskazując dodatkowy termin na złożenie Deklaracji zgody. W przypadku złożenia za osobę, o której mowa w zdaniu poprzednim, prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo, uznaje się, że odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tej osoby rozpoczyna się od dnia początku Okresu ubezpieczenia wskazanej w Certyfikacie ubezpieczenia. W przypadku niezłożenia za tę osobę prawidłowo wypełnionej

i podpisanej Deklaracji zgody w terminie późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem upływu terminu na złożenie Deklaracji zgody.

14. Dana osoba nie może być jednocześnie objęta ochroną ubezpieczeniową w umowie grupowego ubezpieczenia na życie i indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

§ 10. OKRESOWE OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA (KARENCA)

1. W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3-6 Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności określonego w Polisie, lub

b) dnia, w którym został Pracownikiem w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub

c) dnia powrotu tej osoby do pracy po urlopie wychowawczym,

2) Osoby ubezpieczonej będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem,

3) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie OWU i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia; osoba ta jest zobowiązana do ponownego podpisania Deklaracji zgody i o ile Towarzystwo zwróci się o to, do wypełnienia oświadczenia o stanie zdrowia lub ankiety medycznej, bądź poddania się badaniom medycznym.

3. W odniesieniu do Pracownika, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), do okresu Karencji zalicza się okres obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej: dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej: dotychczasową umową ubezpieczenia), na zasadach określonych w ust. 4-7.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 3, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji, to z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które zajdzie w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 3, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, przez okres krótszy niż okres Karencji, to :

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,

2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zajdą w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenia w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

6. Postanowienia ust. 4-5 mają zastosowanie pod warunkiem, że:



1) dane Zdarzenie ubezpieczeniowe jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia i było objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasła z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości Świadczeń w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2) powyżej.

7. Dokument wskazany w ust. 6 pkt 3) powyżej musi być wystawiony przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

8. Postanowień ust. 3-7 nie stosuje się do Osób ubezpieczonych będących Małżonkiem albo Partnerem Pracownika lub Pełnoletnim dzieckiem Ubezpieczającego.

9. Zasady określone w ust. 3-6 stosuje się odpowiednio w przypadku zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 11. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie następujących czynników:

1) płci i Wzrostu osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia,

2) warunków zatrudnienia,

3) wysokości Świadczenia,

4) zakresu ubezpieczenia,

5) częstotliwości opłacania Składki.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej określa Polisa.

§ 12. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK ZA GRUPĘ

1. W zamian za ochronę ubezpieczeniową Świadczoną przez Towarzystwo, Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego opłacania Składek za grupę.

2. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje częstotliwość opłacania Składek za grupę: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.

3. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składek za grupę z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest Składka za grupę.

4. Ubezpieczający wpłaca Składkę za grupę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do Polisy.

5. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze Składką z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 13. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI ZA GRUPĘ

1. W razie niezapłacenia Składki za grupę w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności Składki za grupę, Towarzystwo

wezwie pisemnie Ubezpieczającego do zapłaty Składki za grupę w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki za grupę, o których mowa w ust. 2.

2. Jeżeli Składka za grupę nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1, Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 14. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej, jeżeli śmierć ta nastąpiła w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Osoby ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Osobę ubezpieczoną przestępstwa, co zostało wykazane w postępowaniu przygotowawczym, również w przypadku gdy postępowanie przygotowawcze zostało umorzone na skutek śmierci Osoby ubezpieczonej;

4) samobójstwem popełnionym przez Osobę ubezpieczoną w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień § 6 ust. 5 OWU, nie zostały podane do jego wiadomości, a w szczególności gdy została zatajona choroba Osoby ubezpieczonej. Jeżeli do naruszenia postanowień § 6 ust. 5 OWU doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.

3. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia danej Osoby ubezpieczonej Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu Osoby ubezpieczonej do Umowy ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe, dotyczące w szczególności zatajenia choroby Osoby ubezpieczonej.

4. Z zastrzeżeniem ust. 5 i postanowień odpowiednich OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte zakresem Ubezpieczeń dodatkowych, które zaszły w następstwie lub spowodowane zostały lub nastąpiły w związku z okolicznościami wymienionymi w ust. 1 pkt 1)-3) oraz:

1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Osobę ubezpieczoną albo jej okaleczeniem na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;

3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;

4) chorobą lub zatruciem się Osoby ubezpieczonej spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo nadużywaniem leków;

5) Pozostawianiem przez Osobę ubezpieczoną pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami



lekarza, użyciem środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. nr 179, poz. 1485 z późn. zm.), również w przypadku, gdy Osoba ubezpieczona odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, użyciem środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o której mowa powyżej;

6) prowadzeniem Pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami lub prowadziła Pojazd, Pozostając pod wpływem alkoholu, bądź jeżeli Pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu;

7) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Osoba ubezpieczona podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;

8) wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, w tym:

a) bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień,

b) niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy;

9) udziałem Osoby ubezpieczonej w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze lub uprawianiem przez Osobę ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo następujących niebezpiecznych sportów: spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie (ang. bungee jumping), nurkowania na głębokość poniżej 10 metrów, sportów motorowych i motorowodnych, skoków do wody, sportów walki, udziału jako zawodnik w wyścigach.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwych wypadków spowodowanych lub mających miejsce w bezpośrednim następstwie okoliczności określonych w ust. 4.

§ 15. UPOSAŻENI

1. Osoba ubezpieczona może wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, zarówno przy przystępowaniu do Umowy ubezpieczenia, jak i w Okresie ubezpieczenia. Osoba ubezpieczona powinna określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%. Jeżeli Osoba ubezpieczona wskazała kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Osoba ubezpieczona określiła udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest zerowy. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

2. W przypadku gdy Osoba ubezpieczona wskaże tylko jednego Uposażonego, przysługuje jej prawo wskazania jednego Uposażonego zastępczego. W sytuacji gdy w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej

nie żyje Uposażony, wówczas prawo do Świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.

3. Wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego może zostać zmienione lub odwołane przez Osobę ubezpieczoną w każdym czasie Okresu ubezpieczenia.

4. Oświadczenie Osoby ubezpieczonej o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego lub Uposażonego zastępczego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do siedziby Towarzystwa.

5. Jeżeli Osoba ubezpieczona wskazała więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej którykolwiek z Uposażonych nie żyje lub jeżeli którykolwiek z Uposażonych przyczynił się umyślnie do śmierci Osoby ubezpieczonej, wówczas część Świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym, w proporcji wynikającej ze wskazań Osoby ubezpieczonej.

6. Jeżeli w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej nie ma Uposażonego lub utracił on prawo do Świadczenia zgodnie z ust. 7 poniżej, a w przypadku wskazania Uposażonego zastępczego, jeżeli w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej nie ma ani Uposażonego, ani Uposażonego zastępczego, to prawo do Świadczenia nabywają w następującej kolejności:

1) Małżonek zmarłego,

2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

3) wnuki zmarłego,

4) rodzice zmarłego,

5) rodzeństwo zmarłego,

6) dzieci rodzeństwa zmarłego.

Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

7. Uposażony lub Uposażony zastępczy, który przyczynił się do śmierci Osoby ubezpieczonej, nie nabywa prawa do Świadczenia.

§ 16. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a Ubezpieczający, będący przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty jej zawarcia, w drodze doręczenia do siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składek za grupę za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 17. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa.

2. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo możliwe jest w wypadkach wskazanych w kodeksie cywilnym.

3. W przypadku gdy liczba Osób ubezpieczonych w trakcie obowiązywania



Umowy ubezpieczenia zmniejszy się poniżej trzech osób, Umowę ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który zapłacono Składkę za grupę przed zmniejszeniem się liczby Osób ubezpieczonych poniżej trzech osób.

4. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za grupę za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, w szczególności w okresie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

5. W okresie wypowiedzenia nie są przyjmowane do Umowy ubezpieczenia żadne nowe osoby.

§ 18. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

1) na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem wpływu do siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia;

2) na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia;

3) w związku z upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia była zawarta, o ile którakolwiek ze stron złoży oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 7 OWU – z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia była zawarta, określonego w Polisie;

4) w sytuacji określonej w § 13 ust. 2 OWU, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki za grupę w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie – z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 19. COFNIĘCIE ZGODY PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZONĄ NA ZASTRZEŻENIE NA JEJ RZECZ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Osoba ubezpieczona może cofnąć zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie o cofnięciu zgody powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego, w ciągu 14 dni od dnia podpisania tego oświadczenia przez Osobę ubezpieczoną.

2. Cofnięcie zgody przez Osobę ubezpieczoną nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za daną Osobę ubezpieczoną za okres, w jakim Towarzystwo udzielało jej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 20. INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania Osób ubezpieczonych, którym przysługuje prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o istnieniu takiego prawa.

2. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia polega na objęciu przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową uprawnionej osoby fizycznej, na okres 1 roku, w zakresie, o którym mowa w ust. 5-6 poniżej, na podstawie OWU i odpowiednich OWDU oraz z zastrzeżeniem § 22 ust. 5 i ograniczeń wynikających z odpowiednich OWDU.

3. Prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia nie przysługuje żadnej z Osób ubezpieczonych, jeżeli złożono wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia grupowego lub Umowa ubezpieczenia została rozwiązana w związku z upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia była zawarta, a którakolwiek ze stron złożyła

oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 7 OWU.

4. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje, z zastrzeżeniem ust. 7-8:

1) Pracownikowi, wobec którego wygasa odpowiedzialność Towarzystwa w sytuacji, o której mowa w § 8 ust. 5 pkt 3);

2) Osobie ubezpieczonej, która była, a przestała być Pracownikiem lub przebywa na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym;

3) Osobie ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem, jeżeli ubezpieczony Pracownik, który zgłosił tę osobę do Umowy ubezpieczenia, przestał być Pracownikiem, przebywa na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym albo zmarł;

4) nie będącemu Osobą ubezpieczoną Małżonkowi zmarłego Pracownika, który w chwili śmierci był Osobą ubezpieczoną.

5. W sytuacji gdy osobą indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie jest Osoba ubezpieczona, podlega ona ochronie ubezpieczeniowej z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie, w jakim była objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ograniczeń dotyczących Wiek Osoby ubezpieczonej powodującego wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa, wynikających z odpowiednich OWDU, o ile postanowienia szczególne Umowy ubezpieczenia nie stanowią inaczej.

6. W sytuacji gdy osobą indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie jest nie będący Osobą ubezpieczoną Małżonek zmarłego Pracownika, który w chwili śmierci był Osobą ubezpieczoną, jest on obejmowany ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci i śmierci w następstwie Niez szczęśliwego wypadku, z zachowaniem wysokości sum ubezpieczenia i Składek z tytułu ubezpieczeń na wypadek śmierci i śmierci w następstwie Niez szczęśliwego wypadku obowiązujących w odniesieniu do zmarłego Pracownika, który w chwili śmierci był Osobą ubezpieczoną, o ile zmarły Pracownik był objęty ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia grupowego w tym zakresie.

7. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje osobom, o których mowa w ust. 4 pkt 1)-3), jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Osoba ubezpieczona była objęta ubezpieczeniem grupowym przez co najmniej 6 miesięcy poprzedzających bezpośrednio moment nabycia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, a Składki za grupę w tym okresie zostały w pełni opłacone;

2) wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia został doręczony Towarzystwu nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę ostatnią Składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego;

3) pierwsza Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia została opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia Polisy potwierdzającej objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

8. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje osobie, o której mowa w ust. 4 pkt 4), jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) osoba ta ma nie więcej niż 64 lata;

2) zmarły Pracownik był Osobą ubezpieczoną przez co najmniej 6 miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień śmierci, a Składki za grupę w tym okresie zostały w pełni opłacone;

3) wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia został doręczony Towarzystwu nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który



opłacono za zmarłego Pracownika, który w chwili śmierci był Osobą ubezpieczoną, ostatnią Składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego;

4) pierwsza Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia została opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia Polisy potwierdzającej objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

9. Towarzystwo może wyrazić zgodę na indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia w przypadkach innych niż wymienione w ust. 4 powyżej.

10. W razie przekroczenia terminów na złożenie wniosku, o których mowa w ust. 7 pkt 2) i ust. 8 pkt 3) powyżej, indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia jest uzależnione od zgody Towarzystwa. W przypadku wyrażenia zgody, o której mowa w zdaniu pierwszym, osoba indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie jest objęta Karencją.

11. W razie przekroczenia terminów na opłacenie pierwszej Składki z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o których mowa w ust. 7 pkt 3) i ust. 8 pkt 4) powyżej, Towarzystwo wezwie pisemnie osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie do zapłaty Składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki w tym terminie. Jeżeli Składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym, umowę indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzianą przez osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie ze skutkiem na dzień złożenia wniosku o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

12. Jeżeli pierwsza Składka ubezpieczeniowa z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia została zapłacona w dniu śmierci osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie lub po tej dacie, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że Składka ta została zapłacona nie później niż w terminach, o których mowa w ust. 7 pkt 3) i ust. 8 pkt 4). Postanowienia zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do innych Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych Umową ubezpieczenia.

13. Osoba składająca wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia wskazuje w nim częstotliwość opłacania Składek kwartalną, półroczną lub roczną.

14. Towarzystwo potwierdza objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, doręczając Polise osobie, która złożyła wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

15. Z zachowaniem postanowień ust. 12 powyżej, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osoby, która złożyła wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie, pod warunkiem opłacenia pierwszej Składki.

16. W zamian za ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez Towarzystwo osoba indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie jest zobowiązana do terminowego i prawidłowego opłacania Składek z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest Składka, na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do Polisy. Dniem zapłaty Składki jest dzień, w którym kwota tej Składki została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

17. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie OWU może być przedłużane co roku na kolejny rok na zasadach określanych indywidualnie za porozumieniem stron, z zastrzeżeniem że wszystkie odstępowania od OWU i OWDU przewidziane dla zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jakim dana osoba była uprzednio objęta w Umowie ubezpieczenia grupowego, przestają obowiązywać z upływem pierwszego roku indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia.

18. W razie niezapłacenia Składki w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności Składki, Towarzystwo wezwie pisemnie osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie do zapłaty Składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki w tym terminie. Jeżeli kwota należności nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym, odpowiedzialność Towarzystwa wygaśnie z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

19. Wypłacając Świadczenie z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia, Towarzystwo potrąca z kwoty wypłacanego Świadczenia kwotę zaległych Składek.

20. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie wygasa:

1) w dniu odstąpienia od indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia przez osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie;

2) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia;

3) w ostatnim dniu ostatniego w pełni opłaconego okresu, w razie niezapłacenia Składki, w sytuacji, o której mowa w ust. 18 powyżej;

4) w dniu jej śmierci;

5) w przeddzień ponownego objęcia osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej na podstawie OWU;

6) w odniesieniu do Ubezpieczeń dodatkowych w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 69 lat, z zastrzeżeniem szczególnych ograniczeń dotyczących Wieków Osoby ubezpieczonej powodujących wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa, wynikających z odpowiednich OWDU.

21. W przypadku indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia nie mają zastosowania § 6 ust. 1-4, 7, 8, 10-12, § 7, § 8, § 9 ust. 1-7, 9, 11-13, § 10 ust. 2, 8, § 12-13, § 18 pkt 3)-4), § 19 OWU. Pozostałe postanowienia niniejszych OWU stosuje się wprost lub odpowiednio.

§ 21. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa i w jego placówkach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Osobę ubezpieczoną lub Uposażonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentu tożsamości lub wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek,



2) dokument potwierdzający wysokości Świadczeń z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający wystąpienie z dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile dokumenty te nie zostały doręczone do siedziby Towarzystwa przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

3) dokumentację medyczną, potwierdzającą prawo do otrzymania Świadczenia,

4) odpis skrócony aktu zgonu Osoby ubezpieczonej,

5) dokument informujący o przyczynie zgonu Osoby ubezpieczonej, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Osoby ubezpieczonej,

6) w przypadku gdy Osobą ubezpieczoną jest Małżonek lub Partner – odpowiednio odpis skrócony aktu małżeństwa lub dokumenty uprawniające do stwierdzenia faktu pozostawania w stałym związku z Pracownikiem, zgodnie z definicją określoną w § 2 ust. 7 OWU,

7) w przypadku gdy Osobą ubezpieczoną jest Pełnoletnie dziecko – odpis skrócony aktu urodzenia dziecka albo odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,

8) w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego Zdarzeniem ubezpieczeniowym – dokument stwierdzający, że Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, np. raport policji, protokół powypadkowy,

9) w przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej – diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy odpowiedniej specjalizacji potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Osobę ubezpieczoną okresu dłuższego niż 12 miesięcy, jak również dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej, np. badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępnie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego,

10) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia.

Dokumenty, o których mowa powyżej, powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.

4. Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia, a także tłumaczeń przedstawianych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

5. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

6. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje albo przysługuje w innej wysokości niż wnioskowana przez osobę uprawnioną do Świadczenia,

Towarzystwo poinformuje ją o tym na piśmie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia, wraz z pouczeniem o trybie odwołania się od decyzji Towarzystwa.

§ 22. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej Osoby ubezpieczonej.

2. W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej Towarzystwo zmniejsza Świadczenie wypłacane z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

3. Wypłacenie Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku zapłaty Składki w dotychczasowej wysokości.

4. Po wypłaceniu Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczający nie może dokonać żadnych zmian w Ubezpieczeniu podstawowym bez zgody Towarzystwa.

5. W przypadku gdy w okresie ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie OWU Towarzystwo wypłaciło Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej, Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w indywidualnie kontynuowanym ubezpieczeniu, zmniejszane jest o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

§ 23. DOKONYWANIE ZMIAN UMOWY UBEZPIECZENIA, ZAWIADOMIENIA I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony Umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie.

2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego.

3. Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę Umowy ubezpieczenia, w tym zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości sumy ubezpieczenia lub Składki na zasadach, o których mowa poniżej.

4. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.

5. Ubezpieczający, który zamierza przedstawić Towarzystwu propozycję zmian w Umowie ubezpieczenia, musi uzgodnić te propozycje z Osobą ubezpieczoną.

6. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Osobie ubezpieczonej całości otrzymanych informacji, tak aby Osoba ubezpieczona miała możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

7. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Osoby ubezpieczonej lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci Osoby ubezpieczonej wymaga zgody tej Osoby ubezpieczonej.

8. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od Osoby ubezpieczonej zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia.

9. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Osobie ubezpieczonej wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo, w sposób zapewniający Osobie ubezpieczonej możliwość pełnego zapoznania się z nimi. W szczególności Ubezpieczający informuje Osoby ubezpieczone o objęciu tych osób ochroną ubezpieczeniową oraz o wygaśnięciu



ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo.

10. W przypadku dokonania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

11. W stosunku do informacji i zawiadomień, które będą ogłaszane na stronie internetowej Towarzystwa, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Osoby ubezpieczonej.

§ 24. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W NINIEJSZYCH OWU

Do Umów ubezpieczenia stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 25. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo odwołania się od tej decyzji. Odwołanie w formie pisemnej kieruje się na adres siedziby Towarzystwa. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia odwołania i udzielenia pisemnej odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie okoliczności związanych z decyzją stało się możliwe. W trakcie rozpatrywania odwołania Towarzystwo może domagać się dostarczenia dodatkowych dokumentów, mogących uzasadniać zmianę decyzji.

2. Niezależnie od zachowania trybu, o którym mowa w ust. 1, osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, na zasadach określonych w kodeksie cywilnym i kodeksie postępowania cywilnego.

3. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej lub Uposażonego.

4. W przypadku skarg lub zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Osobę ubezpieczoną lub Uposażonego, można je kierować do siedziby Towarzystwa, celem ich rozpatrzenia. Właściwa jednostka organizacyjna Towarzystwa jest zobowiązana w ciągu 30 dni od daty otrzymania skargi lub zażalenia zająć stanowisko w sprawie i przekazać je na piśmie odpowiednio – Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej lub Uposażonemu.

5. Niezależnie od trybów rozpatrywania odwołań, skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1 i 4, Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej, Uposażonemu lub osobie uprawnionej z umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo złożenia skargi do:

- 1) Rzecznika Ubezpieczonych,
- 2) Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 26. INFORMACJA PODATKOWA

Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 ze zm.), w brzmieniu:

„Wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych (...);”

2) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 ze zm.), w brzmieniu:

„Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”

§ 27. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 03/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 25 stycznia 2012 r. wchodzi w życie z dniem 25 stycznia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 01 marca 2012 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW, GNZ) BRP-0409

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0409 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu określonego w § 4, obejmującego ubezpieczenie na wypadek śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNW) albo

2) wariantu określonego w § 4 (GNW) rozszerzonego o wskazane w § 5 ubezpieczenie na wypadek śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca (GNZ).

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w Polisie i Certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego albo Udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcijnego.

W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),
- b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),
- c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- d) zaburzeń ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego,
- e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- h) skutków choroby dekompresyjnej,
- i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

2) **Zawał serca** – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

– objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

– zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

– powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

– dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

– z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

– z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

– z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GNW

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.



§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GNZ

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca stosuje się odpowiednio Karencję na zasadach określonych w § 10 ust. 2-9 OWU. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Do niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:

- 1) śmierci w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, protokół badania sekcyjnego;
- 2) śmierci w następstwie Zawału serca:
 - a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
 - b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
 - c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
 - d) protokół badania sekcyjnego.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

2. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej śmierć w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK) BRP-0509

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0509 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

- 1) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.
 - 2) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące:
 - a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem:
 - pojazdów używanych do celów specjalnych,
 - motocykli,
 - motorowerów,
 - innych pojazdów jednośladowych,
 bądź
 - b) pojazdem szynowym.
 - 3) **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych; w rozumieniu OWDU za Statek morski lub śródlądowy nie uważa się statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.
 - 4) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
 - 5) **Wypadek komunikacyjny** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległa Osoba ubezpieczona jako pieszy albo pasażer bądź kierująca którymkolwiek z tych pojazdów.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie,

aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli pojazd albo statek nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub statku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
 - 1) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia Wypadku komunikacyjnego,
 - 2) dokumentację dopuszczającą dany Pojazd lądowy lub statek do ruchu bądź użytkowania, jeżeli w chwili Wypadku komunikacyjnego był kierowany przez Osobę ubezpieczoną,
 - 3) dokument uprawniający Osobę ubezpieczoną do prowadzenia danego Pojazdu lądowego lub statku, jeżeli w chwili Wypadku komunikacyjnego był kierowany przez Osobę ubezpieczoną.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (GWP) BRP-0609

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy o symbolu BRP-0609 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Wypadek przy pracy – będące Nieszczęśliwym wypadkiem zdarzenie, które nastąpiło w Okresie ubezpieczenia w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
- d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c), chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe, i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Wypadku przy pracy, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Wypadek przy pracy, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia Wypadku przy pracy oraz śmierci Osoby ubezpieczonej, w tym:
 - a) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,
 - b) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - c) dokumentację potwierdzającą dopełnienie obowiązków określonych w § 7 ust. 1,
- 2) kopię odpowiednio: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, w zależności od rodzaju zatrudnienia.

§ 7. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU PRZY PRACY

1. W razie zajścia Wypadku przy pracy:

- 1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;
 - 2) należy zawiadomić o Wypadku przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję;
 - 3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Osoba ubezpieczona była w chwili zajścia Wypadku przy pracy pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych;
 - 4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia Wypadku przy pracy, którego skutkiem była śmierć Osoby ubezpieczonej, w tym także lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.
2. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia o Świadczenie na podstawie dokumentacji potwierdzającej dopełnienie obowiązków określonych w ust. 1.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.



§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia

2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GKP) BRP-0709

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy o symbolu BRP-0709 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

- 1) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.
- 2) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące:
 - a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem:
 - pojazdów używanych do celów specjalnych,
 - motocykli,
 - motorowerów,
 - innych pojazdów jednośladowych,
 - wózków widłowych,
 - b) pojazdem szynowym.
- 3) **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych; w rozumieniu OWDU za Statek morski lub śródlądowy nie uważa się statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.
- 4) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
- 5) **Wypadek przy pracy** – będące Nieszczęśliwym wypadkiem zdarzenie, które nastąpiło w Okresie ubezpieczenia w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawiania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
 - f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe,

i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej.

6) **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – Wypadek przy pracy, którego skutkiem jest śmierć Osoby ubezpieczonej i który był wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległa Osoba ubezpieczona jako pieszy albo pasażer bądź kierująca którymkolwiek z tych pojazdów.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Wypadku komunikacyjnego przy pracy, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli pojazd albo statek nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub statku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz śmierci Osoby ubezpieczonej, w tym:
 - a) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby



ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

b) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej,

c) dokumentację potwierdzającą dopełnienie obowiązków określonych w § 7 ust. 1,

2) kopię odpowiednio: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, w zależności od rodzaju zatrudnienia,

3) dokumentację dopuszczającą dany Pojazd lądowy lub statek do ruchu bądź użytkowania, jeżeli w chwili Wypadku komunikacyjnego przy pracy był kierowany przez Osobę ubezpieczoną,

4) dokument uprawniający Osobę ubezpieczoną do prowadzenia danego Pojazdu lądowego lub statku, jeżeli w chwili Wypadku komunikacyjnego przy pracy był kierowany przez Osobę ubezpieczoną.

§ 7. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJĘCIA WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

1. W razie zajęcia Wypadku komunikacyjnego przy pracy:

1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;

2) należy zawiadomić o Wypadku komunikacyjnym przy pracy

pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję;

3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Osoba ubezpieczona była w chwili zajęcia Wypadku komunikacyjnego przy pracy pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych;

4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajęcia Wypadku komunikacyjnego przy pracy, którego skutkiem była śmierć Osoby Ubezpieczonej, w tym także lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia o Świadczenie na podstawie dokumentacji potwierdzającej dopełnienie obowiązków określonych w ust. 1.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU, GTZ) BRP-0809

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0809 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu określonego w § 4, obejmującego ubezpieczenie na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GTU) albo

2) wariantu określonego w § 4 (GTU) rozszerzonego o wskazane w § 5 ubezpieczenie na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca (GTZ).

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w Polisie i Certyfikacie ubezpieczenia.

5. postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – występujące u Osoby ubezpieczonej trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawę uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwale upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dostępnej w siedzibie Towarzystwa oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

2) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni i obejmujący:

a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub

b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub

c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu OWDU za udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

3) **Zawał serca** – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

– objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

– zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

– powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

– dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe – zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

– z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

– z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

– z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GTU

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.



2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej wystąpił w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GTZ

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej wystąpił w Okresie ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca stosuje się Karencję na zasadach określonych w § 10 ust. 2-9 OWU. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
- 2) uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

3. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Udaru mózgu lub Zawału serca w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Udaru mózgu lub Zawału serca, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

4. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 3 Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
- 2) dokumentację medyczną potwierdzającą prawo do otrzymania Świadczenia, w tym kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 3) w przypadku Trwałego uszczerbku w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- 4) w przypadku Trwałego uszczerbku w następstwie Zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego określona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Udaru mózgu lub Zawału serca,

2) wartości Trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Udaru mózgu lub Zawału serca. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Nieszczęśliwym wypadkiem, Udarem mózgu lub Zawałem serca. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

5. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Osobę ubezpieczoną.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Udaru mózgu lub Zawału



serca były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci Świadczenie pomniejszone o wartość Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Udaru mózgu lub Zawału serca.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie

z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia.

3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Trwały uszczerbek w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (GTUP) BRP-0909

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy o symbolu BRP-0909 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u Osoby ubezpieczonej trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwale upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dostępnej w siedzibie Towarzystwa oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

2) Wypadek przy pracy – będące Nieszczęśliwym wypadkiem zdarzenie, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoneą zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoneą czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c), chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe, i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Wypadek przy pracy, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej nastąpił w Okresie ubezpieczenia,

3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Wypadku przy pracy w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku przy pracy, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

2) dokumentację medyczną potwierdzającą prawo do otrzymania Świadczenia, w tym kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,

3) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia Wypadku przy pracy oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, w tym:

a) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

b) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej,

c) dokumentację potwierdzającą dopełnienie obowiązków określonych w § 7 ust. 1,

4) kopię odpowiednio: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, w zależności od rodzaju zatrudnienia.



3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego określona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Wypadku przy pracy,

2) wartości Trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Wypadku przy pracy. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Wypadkiem przy pracy. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

5. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji,

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Osobę ubezpieczoną.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia Wypadku przy pracy były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci Świadczenie pomniejszone o stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Wypadku przy pracy.

§ 7. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU PRZY PRACY

1. W razie zajścia Wypadku przy pracy:

1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;

2) należy zawiadomić o Wypadku przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję;

3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Osoba ubezpieczona była w chwili zajścia Wypadku przy pracy pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych;

4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia Wypadku przy pracy, którego skutkiem był Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, w tym także lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia o Świadczenie na podstawie dokumentacji potwierdzającej dopełnienie obowiązków określonych w ust. 1.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTR) BRP-1009

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1009 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

I. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

- 1) **Trwała utrata zdrowia** – zdarzenie medyczne będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w pkt 2.
- 2) **Tabela trwałej utraty zdrowia** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU Trwałą utratę zdrowia, umieszczone w § 4, uwzględniające postaci Trwałej utraty zdrowia oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń przysługujące Osobie ubezpieczonej z tytułu Trwałej utraty zdrowia, wyrażone jako

wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli trwałej utraty zdrowia odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

TABELA TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA

Trwała utrata zdrowia osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Głowa

1. Uszkodzenie powłok czaszki:	
a) powłok bez ubytków kostnych	5%
b) całkowite oskalpowanie	25%
2. Uszkodzenie kości czaszki	
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienie, fragmentacja, szczeliny itp.)	5%
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5cm ²	7%
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm ² lub większej	15%
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand – mal (rodzaj i ilość napadów musi być potwierdzony dokumentacją medyczną):	
a) z częstymi napadami grand - mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%
b) z rzadkimi napadami grand - mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%
4. Całkowita utrata mowy w skutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%

Uszkodzenia twarzy

5. Uszkodzenie powłok twarzy	
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	5%
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%
6. Utrata nosa	
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%
b) częściowa utrata nosa	5%
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%
8. Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%
9. Złamanie szczęki	5%
10. Złamanie żuchwy	5%
11. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%



12. Ubytek podniebienia	15%
13. Utrata języka	
a) częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%
b) całkowita	50%

Uszkodzenia narządu wzroku

14. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku jednego lub obu oczu należy oceniać według tabeli poniżej.

Ostrość wzroku ocenia się w zawsze po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

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

15. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szklami:

a) jednego oka	15%
b) obu oczu	30%

16. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:

Zwężenie do	Procent trwałej utraty zdrowia		
	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
Poniżej 10°	35	95	100

17. Połowicze niedowidzenia:

a) dwuskroniowe	60%
b) dwunosowe	30%
c) jednoimienne	25%
d) jednoimienne górne	10%
e) jednoimienne dolne	40%

Uszkodzenia narządu słuchu

18. Utrata małżowiny usznej

a) całkowita utrata	10%
b) częściowa utrata	3%

19. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz

Ubytek słuchu w uchu prawym	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
Ubytek słuchu w uchu lewym	Procent trwałej utraty zdrowia			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
powyżej 70 dB	20	30	40	50

Uszkodzenia szyi i jej narządów

20. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	10%
---	-----



21. Uszkodzenia krtani z jej zwężeniem:	
a) nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	10%
b) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	35%
22. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem	20%
23. Uszkodzenia przełyku:	
a) powodujące trudności w odżywianiu	10%
b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami	30%
c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową	80%
Uszkodzenia klatki piersiowej i jej narządów	
24. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)	10%
25. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)	25%
26. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro	1,5%
27. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście	5%
28. Całkowita utrata jednego płuca	40%
29. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płat	15%
30. Uszkodzenie serca:	10%
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany	30%
b) bez przerwania ciągłości jego ściany	10%
Uszkodzenia jamy brzusznej	
31. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	8%
32. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
33. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
34. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a) jelita cienkiego	35%
b) jelita grubego	25%
35. Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60%
36. Przetoka okołoodbytnicza	10%
37. Całkowite usunięcie śledziony	15%
38. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
39. Uszkodzenie trzustki, powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20%
Uszkodzenia narządów moczowo – płciowych	
40. Całkowita utrata jednej nerki	40%
41. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20%
42. Całkowita utrata prącia	40%
43. Całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
44. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40%
45. Całkowita utrata macicy, do 50 roku życia	40%
46. Całkowita utrata macicy, powyżej 50 roku życia	20%
Całkowita fizyczna utrata	
47. Kończyna górna	
a) w stawie barkowym	75%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
c) w obrębie przedramienia	55%
d) na poziomie nadgarstka	50%
48. Kciuk w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15%
49. Palec wskazujący w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7%



50. Inny palec dłoni w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
51. Kończyna dolna	
a) w stawie biodrowym	75%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c) w obrębie podudzia	50%
d) stopa w całości	40%
e) stopa z wyłączeniem pięty	30%
52. Paluch w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
53. Inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%
Całkowita i trwała utrata władzy	
54. Kończyna górna	
a) w stawie barkowym	65%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c) w obrębie przedramienia	45%
d) na poziomie nadgarstka	40%
55. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
56. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
57. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
58. Kończyna dolna	
a) w stawie biodrowym	65%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c) w obrębie podudzia	40%
d) stopa w całości	30%
e) stopa z wyłączeniem pięty	20%
59. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
60. Inne palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Złamania - kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy	
61. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
62. Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
Złamania - narząd ruchu	
63. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej)	
a) wieloodłamowe otwarte	25%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamania wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
64. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki	
a) wieloodłamowe otwarte	16%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
65. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia	
a) wieloodłamowe otwarte	12%
b) inne złamania otwarte	10%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	5%
66. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka	
a) wieloodłamowe otwarte	10%
b) inne złamania otwarte	8%
c) inne złamanie wieloodłamowe	6%
d) inny rodzaj złamania	4%
67. Złamania kości palców dłoni (za wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródreżca	
a) złamania otwarte, za każde złamanie	2%
b) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%



Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej

68. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
69. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
70. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
71. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2 – 6 cm	10%
b) powyżej 6 cm	25%
72. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
73. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
74. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%

Wytworzenie stawu rzekomego

75. Staw rzekomy kości udowej	25%
76. Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
77. Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
78. Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
79. Staw rzekomy obojczyka	15%
80. Staw rzekomy kości ramieniowej	25%
81. Staw rzekomy kości promieniowej	15%
82. Staw rzekomy kości łokciowej	10%
83. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%

Uwaga: Łączny procent trwałej utraty zdrowia stwierdzony na podstawie poz. 54 – 60 i 64-83, nie może być wyższy niż procent trwałej utraty zdrowia przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 47 – 53 powyższej tabeli.

Oparzenia

84. Oparzenia - wyłącznie II i III stopnia	
a) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
b) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	20%
c) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 Świadczenie z tytułu Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Towarzystwo podejmuje decyzję o stopniu Trwałej utraty zdrowia na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałą utratą zdrowia i Nieszczęśliwym wypadkiem, który był jej przyczyną. Zmiana postaci lub stopnia Trwałej utraty zdrowia, która nastąpiła po dniu wydania decyzji, o której mowa w zdaniu pierwszym, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości,

bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego określona w Polisie, aktualna na dzień, w którym Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce,

2) wartości procentowe określone w Tabeli trwałej utraty zdrowia.

4. Wysokość świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałej utraty zdrowia przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 7.

5. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Towarzystwo wypłaci Świadczenie, gdy wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wyniesie ponad 20%.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy Trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej powstała w obrębie organu lub narządu, którego funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, Towarzystwo wypłaci



Świadczenie pomniejszone o stopień Trwałej utraty zdrowia istniejącej przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku ustalony na podstawie Tabeli trwałej utraty zdrowia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałej utraty zdrowia,

jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY (GCT) BRP-1109

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-1109 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o Ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić, jeżeli Osoba ubezpieczona objęta jest jednocześnie dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1009.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Ciężka trwała utrata zdrowia** – trwała utrata zdrowia, o której mowa w pkt 2), jeżeli stwierdzona przez Towarzystwo wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia wynosi co najmniej 60%.

2) **Trwała utrata zdrowia** – trwała utrata zdrowia w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 1) Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1009.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo będzie wypłacało tej osobie przez czas określony w Polisie, ale nie dłużej niż do dnia śmierci Osoby ubezpieczonej, miesięczną rentę, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, będzie wypłacane, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Ciężka trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) Ciężka trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

4) wartość procentowa Ciężkiej trwałej utraty zdrowia orzeczona przez Towarzystwo wynosi co najmniej 60%.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Towarzystwo będzie wypłacało rentę w wysokości określonej w Polisie.

3. Towarzystwo rozpocznie wypłatę renty od miesiąca, w którym stwierdzi Ciężką trwałą utratę zdrowia.

4. Terminem płatności renty jest piętnasty dzień miesiąca kalendarzowego.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty renty również w przypadku, gdy wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia wynosząca co najmniej 60% jest łączną wartością procentową Trwałej utraty zdrowia, będącej następstwem Nieszczęśliwych wypadków mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

6. Wartość procentową Trwałej utraty zdrowia, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt 4), oblicza się na podstawie tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w § 4 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1009.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty renty w wysokości określonej w Polisie. Powstanie Trwałej utraty zdrowia, której wartość procentowa przekracza 60%, a także zwiększenie wartości procentowej Trwałej utraty zdrowia w trakcie wypłaty renty, nie wpływa na wysokość wypłacanej renty.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałej utraty zdrowia, jeżeli stwierdzono Ciężką trwałą utratę zdrowia,

2) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPN) BRP-I209

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-I209 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych. W rozumieniu OWDU za powyższy oddział uważa się również:

- a) oddział intensywnej terapii,
- b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,
- c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu OWDU salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

2) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Osoby ubezpieczonej będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych,
- b) pobytu na oddziale dziennym,
- c) pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

- a) szpitala psychiatrycznego,
- b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność

profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

- c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- d) domowej opieki pielęgniarskiej,
- e) hospicjum,
- f) domu opieki,
- g) ośrodka wypoczynkowego,
- h) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. W razie Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.
3. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdy dzień pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub w ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 2) Pobyt w Szpitalu lub pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 3) Pobyt w Szpitalu lub kolejnych szpitalach lub pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
 - 4) Pobyt w Szpitalu lub pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
5. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM uważa się za pełny.



§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
- 2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej;
- 3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem;
- 4) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

3. W przypadku Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do 30 dnia nieprzerwanego Pobytu Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumentację związaną z Pobytem Osoby ubezpieczonej w Szpitalu,
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
- 3) dokumentację potwierdzającą pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM – w przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie

dotychczasowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia z tytułu pobytu na OIOM w sumie za nie więcej niż 7 dni pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień pobytu na OIOM ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim Świadczenie spełniane jest w wysokości Świadczenia za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

5. Towarzystwo wypłaca Świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2-3, w sumie za nie więcej niż łącznie 92 dni Pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia, nie częściej jednak niż pięć razy w danym roku Okresu ubezpieczenia.

6. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze Świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2-3.

7. W przypadku udokumentowanego Pobytu w Szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (GPO) BRP-1309

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-1309 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych. W rozumieniu OWDU za powyższy oddział uważa się również:

- a) oddział intensywnej terapii,
- b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,
- c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu OWDU salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

2) Pobyt w szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Osoby ubezpieczonej, w tym leczenia będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych,
- b) pobytu na oddziale dziennym,
- c) pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

- a) szpitala psychiatrycznego,
- b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność

profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

- c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- d) domowej opieki pielęgniarskiej,
- e) hospicjum,
- f) domu opieki,
- g) ośrodka wypoczynkowego,
- h) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub
- 2) Pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub
- 3) Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie choroby.

2. W razie Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Pobyt w szpitalu lub w kolejnych Szpitalach trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

4. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdy dzień pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 4, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną pobytu na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 3) pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
- 4) pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

6. W razie Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie



choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 6, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu lub w kolejnych Szpitalach trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

8. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu lub na OIOM uważa się za pełny.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-6, w przypadku Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie choroby okres Karencji wynosi:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności określonego w Polisie, lub

ii) dnia, w którym osoba ta została Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub

iii) dnia powrotu tej osoby do pracy po urlopie wychowawczym,

b) Osoby ubezpieczonej, będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego,

c) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia;

2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a).

2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) – do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub w pkt 2) zalicza się okres obejmowania go ochroną ubezpieczeniową z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie OWDU, to z tytułu Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie choroby, który będzie miał miejsce w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to:

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,

2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie choroby, które będzie miał miejsce w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

1) Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie choroby jest objęty ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia i był objęty ochroną z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

2) ochrona z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasa z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2).

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

7. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 8-9.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

1) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej;

2) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie ubezpieczenia;

3) uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia;

4) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącym chorobą zawodową;

5) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego;

6) leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

7) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej;

8) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością;

9) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one



z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

10) leczeniem niepłodności;

11) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, pocięciem z wyjątkiem przypadków, gdy:

a) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka,

b) poród miał przebieg patologiczny,

c) nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla życia matki.

9. W przypadku Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do 30 dnia nieprzerwanego Pobytu Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) dokumentację związaną z pobytem Osoby ubezpieczonej w Szpitalu,

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

3) dokumentację potwierdzającą pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM – w przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia z tytułu pobytu na OIOM w sumie za nie więcej niż 7 dni pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień pobytu na OIOM ponad okres wskazany w zdaniu

poprzednim świadczenie spełniane jest w wysokości świadczenia za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

5. Towarzystwo wypłaca Świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2, 4 i 6, w sumie za nie więcej niż łącznie 92 dni Pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia, nie częściej jednak niż pięć razy w danym roku Okresu ubezpieczenia.

6. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze Świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2, 4 i 6.

7. W przypadku udokumentowanego Pobytu w Szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego Świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt w Szpitalu w następstwie choroby, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (GCP) BRP-1110

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy o symbolu BRP-1110 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – trwające co najmniej 30 dni uszkodzenie ciała lub pogorszenie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniające łącznie następujące warunki:

- wystąpiły w Okresie ubezpieczenia,
- są następstwem Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- spowodowały brak możliwości wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej,
- zostały poświadczone zwolnieniem lekarskim wystawionym na druku ZUS ZLA lub zwolnieniami lekarskimi wystawionymi z tej samej przyczyny na drukach ZUS ZLA dotyczącymi okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy.

2) Czasowa niezdolność do pracy w następstwie choroby – trwające co najmniej 30 dni pogorszenie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniające łącznie następujące warunki:

- wystąpiło w Okresie ubezpieczenia po upływie 60 dni od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- jest następstwem choroby, która nastąpiła lub została zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia lub wymagała porady lekarskiej (leczenia, zastosowania leków) po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia,
- spowodowało brak możliwości wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej,
- zostało poświadczone zwolnieniem lekarskim wystawionym na druku ZUS ZLA lub zwolnieniami lekarskimi wystawionymi z tej samej przyczyny na drukach ZUS ZLA dotyczącymi okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy.

3) Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień uszkodzenia ciała lub pogorszenia stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniającego warunki wskazane w pkt 1) powyżej.

4) Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby – 31-y dzień pogorszenia stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniającego warunki wskazane w pkt 2) powyżej, przy czym okres 30-tu dni pogorszenia stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniającego warunki wskazane w pkt 2) powyżej, poprzedzający Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, musi mieścić się w całości w Okresie ubezpieczenia.

5) Dzień początku – odpowiednio: Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- Czasowa niezdolność Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub
- Czasowa niezdolność Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby.

2. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości 300 zł za każde pełne 30 dni odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, licząc od odpowiednio: Dnia początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub Dnia początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, płatne jest z dołu, po upływie 30-dniowego okresu, za który jest należne. Pierwsze świadczenie z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby będzie wypłacone po upływie 30 dni od odpowiednio: Dnia początku Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Dnia początku Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby.

4. Każda przerwa czasowa (co najmniej 1 dzień przerwy czasowej) w okresie zwolnienia lekarskiego lub w okresie zwolnień lekarskich, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1)-2) i § 6 ust. 2, powoduje przerwanie odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za okres odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, który nie trwa 30 dni, o których mowa w ust. 2 powyżej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego nie mają zastosowania postanowienia OWU dotyczące Karencji.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na wypadek czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu pierwszych 60 dni od dnia początku Okresu ubezpieczenia.



3. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli odpowiednio: Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowa niezdolność do pracy w następstwie choroby miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej;

2) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia;

3) uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia;

4) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącym chorobą zawodową;

5) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego;

6) leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

7) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej;

8) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością;

9) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

10) pobytem:

a) w szpitalu psychiatrycznym,

b) w szpitalu lub domu opieki lub ośrodka lub oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącym/ej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) w szpitalu lub ośrodku lub oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,

d) w hospicjum,

e) w domach opieki,

f) w ośrodkach wypoczynkowych,

g) w szpitalu lub ośrodku lub oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,

h) w szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym;

11) przebywania pod domową opieką pielęgniarską;

12) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, pologiem z wyjątkiem przypadków, gdy:

a) zdiagnozowano ciężę wysokiego ryzyka,

b) poród miał przebieg patologiczny,

c) nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla życia matki.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej

niezdolności do pracy w następstwie choroby następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez jedną z następujących osób: pracownika Towarzystwa, pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, upoważnionego do tego pracownika Ubezpieczającego lub notariusza, kopię zwolnienia lekarskiego wystawionego na druku ZUS ZLA lub kopie zwolnień lekarskich wystawionych na drukach ZUS ZLA dotyczących okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy, potwierdzające wystąpienie i okres trwania odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. Osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia może go złożyć jednorazowo po zakończeniu nieprzerwanego okresu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby odnośnie wszystkich Świadczeń należnych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub kilkakrotnie po upływie każdych 30 dni nieprzerwanego okresu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby osobno odnośnie każdego Świadczenia należnego z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do wypłaty świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby:

1) w sumie za nie więcej niż 180 dni w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia,

2) do wysokości 3600 zł łącznie w całym okresie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie OWDU,

w zależności od tego, która z powyższych sytuacji zajdzie jako pierwsza i niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

6. W przypadku zbiegu w czasie Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 4 ust. 1 OWDU Towarzystwo spełnia wyłącznie jedno Świadczenie za to że Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 4 ust. 1 OWDU, którego Dzień początku nastąpił jako pierwszy.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku



lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, kwotę 3600 zł, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego Świadczenia;
2) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WARIANT STANDARDOWY (GNPW), WARIANT PLUS (GNPC) BRP-I409

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy o symbolu BRP-I409 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może dotyczyć tylko jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy:

1) wariantu standardowego (GNPW) określonego w § 4, obejmującego ubezpieczenie na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, albo

2) wariantu plus (GNPC) określonego w § 5, obejmującego ubezpieczenie na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w Polisie i Certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia niniejszych OWDU, nie zastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Całkowita niezdolność do pracy – stan zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniający łącznie następujące warunki: całkowita, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy niezdolność Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Osobę ubezpieczoną zdolności do pracy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy uważa się pierwszy dzień następujący po ostatnim dniu dwunastomiesięcznego okresu Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GNPW)

1. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) dwunastomiesięczny okres niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

3) dwunastomiesięczny okres niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, mieści się w całości w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GNPC)

1. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) dwunastomiesięczny okres niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

3) dwunastomiesięczny okres niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, mieści się w całości w Okresie ubezpieczenia.

3. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli dwunastomiesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, mieści się w całości w Okresie ubezpieczenia.



§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby okres Karencji ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej i wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej: dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej dotychczasową umową ubezpieczenia), do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 zalicza się okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to z tytułu Całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby, w przypadku której dwunastomiesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, rozpocznie się w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to :

1) odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku, gdy dwunastomiesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, rozpocznie się w liczonym od dnia początku Okresu ubezpieczenia, okresie będącym różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

2) w przypadku gdy dwunastomiesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o którym mowa w definicji Całkowitej niezdolności do pracy, rozpocznie się w trakcie pozostałego czasu okresu Karencji, Towarzystwo wypłaci za to Zdarzenie ubezpieczeniowe Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

1) Całkowita niezdolność Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby jest objęta ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia i była objęta ochroną z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia,
2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie całkowitej niezdolności

Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasa z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokość świadczeń w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie choroby w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2).

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

7. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy Osoby ubezpieczonej wystąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

8. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia u niej Całkowitej niezdolności do pracy, to świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

9. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 8 Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) pełną dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia,

2) orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika ZUS o niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy wraz z wynikami badań i dokumentacją medyczną, które były podstawą wydania tego orzeczenia, o ile takie orzeczenie zostało wydane.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczonej na badania medyczne w plac-



ówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu

Całkowitej niezdolności do pracy, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego Świadczenia;

2) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WARIANT STANDARDOWY (GPZ1), WARIANT PLUS (GPZ2) BRP-I 509

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-I 509 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZ1) określonego w § 4, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-9) albo

2) wariantu plus (GPZ2) określonego w § 5, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-19).

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w Polisie i Certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy poważnego zachorowania.

2) **Poważne zachorowanie** – wystąpienie w zdrowiu Osoby ubezpieczonej któregośkolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 3)-9), dla wariantu plus w pkt 3-19.

3) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerek.

W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

4) **Operacja aorty** – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

- a) gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem,
- b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
- c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinek aorty.
- d) przezskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.

5) **Przeszczep narządu** – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek

pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.

W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

- a) narządu sztucznego,
- b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

6) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszskowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwienych mózgu (TIA),
- b) przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (PRIND),
- c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- d) zaburzeń ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego,
- e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

7) **Wszczepienie zastawki serca** – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu OWDU za Wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

- a) operacji naprawczej,
- b) rekonstrukcji zastawki,
- c) plastyki zastawki,
- d) walwulotomii.

8) **Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu OWDU za Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

- a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,
- c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,
- d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

9) **Zawał serca** – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.



W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
- zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
- powstanie patologicznych załamek Q w EKG,
- dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

- z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,
- z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,
- z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

10) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Całkowitej utraty mowy o podłożu psychogennym.

11) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obuustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan Całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

12) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

13) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych.

W rozumieniu OWDU za Łagodne guzy mózgu nie uważa się krwaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane Łagodnym guzem mózgu.

14) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę.

Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN I-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM,

d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T I (T Ia lub T Ib lub T Ic) w klasyfikacji TNM,

g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

15) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera.

16) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania Osoba ubezpieczona musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

17) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 3)-16) i 18)-19) lub nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Osobę ubezpieczoną leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

18) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w okresie ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lub uznaniem swojej odpowiedzialności przez Zakład Opieki Zdrowotnej przeprowadzającej transfuzję krwi.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłemu dializom.

19) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane



ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilie lub jest poddawany przewlekłym dializom.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZ1)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-9), Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, określonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZ2)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-19), Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, określonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-6, w przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej okres Karencji wynosi:

- 1) 6 miesięcy – w stosunku do:
 - a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:
 - i) dnia początku odpowiedzialności określonego w Polisie, lub
 - ii) dnia, w którym osoba ta została Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub
 - iii) dnia powrotu tej osoby do pracy po urlopie wychowawczym,
 - b) Osoby ubezpieczonej, będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego,
 - c) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia;
 - 2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a).
2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową

w zakresie poważnego zachorowania z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) – do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub w pkt 2) zalicza się okres obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to z tytułu Poważnego zachorowania, które Wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to :

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,

2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które Wystąpi w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenia w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- 1) Osoba ubezpieczona była objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia i jest objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie Poważnego zachorowania z tytułu Umowy ubezpieczenia,
- 2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie poważnego zachorowania z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasła z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,
- 3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń w zakresie poważnego zachorowania z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2).

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:

- 1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;
- 2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

7. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia



lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek Poważnego zachorowania w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia innego Poważnego zachorowania, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

9. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Poważnego zachorowania, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

10. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 9 Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:

1) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

2) Operacji aorty – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

3) Przeszczepu narządu - dowody przeszczepienia,

4) Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

5) Wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

6) Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,

7) Zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,

8) Całkowitej utraty mowy - opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

9) Całkowitej utraty słuchu - opinię otolaryngologa potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

10) Całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

11) Łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,

12) Nowotworu złośliwego – bezsporny dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

13) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,

14) Stwardnienia rozsianego:

a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,

b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,

15) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki,

16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi lub uznanie swojej odpowiedzialności przez zakład opieki zdrowotnej przeprowadzający transfuzję krwi,

17) Zawodowego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań w obrębie tego samego Poważnego zachorowania. W przypadku Wystąpienia u Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W przypadku Zawału serca Towarzystwo wypłaci Świadczenie łącznie, jeżeli jest to pierwszy w życiu Osoby ubezpieczonej Zawał serca w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 9).

6. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej Świadczenie zostanie wypłacone,



o ile to Poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Poważnym zachorowaniem, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

7. W przypadku Zawału serca i Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregośkolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania – w obrębie danego Poważnego zachorowania, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego Świadczenia,

2) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC) BRP-1609

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-1609 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Hospitalizacja – udokumentowany, stacjonarny pobyt Osoby ubezpieczonej na oddziale zabiegowym Szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby ubezpieczonej.

2) Operacja chirurgiczna – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, o której mowa w pkt 4), inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Osobie ubezpieczonej, przez uprawnionego do tego, na podstawie przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym Szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium Szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w Okresie ubezpieczenia i miał na celu leczenie skutków choroby lub następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością Hospitalizacji.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWDU za Szpital nie uważa się:

- a) szpitala psychiatrycznego,
- b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

- c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- d) domowej opieki pielęgniarskiej,
- e) hospicjum,
- f) domu opieki,
- g) ośrodka wypoczynkowego,
- h) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

4) Tabela operacji chirurgicznych – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 2 Operację chirurgiczną, umieszczone w § 4, zawierające katalog Operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości Świadczeń przysługujących Osobie ubezpieczonej z tytułu Operacji chirurgicznej, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie Operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku Operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.



TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Grupa A 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

Lp.	Nazwa procedury	A
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	A
12	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	A
13	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	A
14	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	A
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
16	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
17	Operacja naprawcza przełyku	A
18	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
19	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	A
20	Operacja szyszynki	A
21	Operacja ślimaka	A
22	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	A
23	Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego)	A
24	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	A
25	Otwarcie czaszki	A
26	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	A
27	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	A
28	Otwarta walwulotomia	A
29	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	A
30	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	A
31	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	A
32	Plastyka aorty	A
33	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	A
34	Plastyka przedsionka serca	A
35	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
36	Plastyka zastawki trójdziennej	A
37	Przeszczep nerwu czaszkowego	A
38	Przeszczep płuc i serca	A
39	Przeszczep płuca	A
40	Przeszczep trzustki	A
41	Przeszczep wątroby	A
42	Rekonstrukcja krtani	A
43	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
44	Rekonstrukcja opony twardej	A
45	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
46	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
47	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
48	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
49	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
50	Rewizja plastyki zastawki serca	A
51	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A
52	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A
53	Usunięcie zmiany opony mózgu	A



54	Walwuloplastyka aortalna	A
55	Walwuloplastyka mitralna	A
56	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	A
57	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	A
58	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	A
59	Wszczepienie protezy kończyny	A
60	Wycięcie gardła	A
61	Wycięcie esicy	A
62	Wycięcie głowy trzustki	A
63	Wycięcie jelita czczego	A
64	Wycięcie jelita krętego	A
65	Wycięcie krtani	A
66	Wycięcie odbytnicy	A
67	Wycięcie osierdza	A
68	Wycięcie płuca	A
69	Wycięcie przełyku i żołądka	A
70	Wycięcie przysadki mózgowej	A
71	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	A
72	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A
73	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	A
74	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	A
75	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	A
76	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem(z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
77	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej(operacja na otwartym sercu)	A
78	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej(operacja na otwartym sercu)	A
79	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	A
80	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
81	Zespolenie omijające przełyku	A
82	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A

Grupa B 75% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

83	Amputacja rąca	B
84	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	B
85	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	B
86	Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka	B
87	Całkowita rekonstrukcja sutka	B
88	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	B
89	Całkowite wycięcie nerki	B
90	Całkowite wycięcie sutka	B
91	Częściowe wycięcie żołądka	B
92	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
93	Katarakta – usunięcie obustronne	B
94	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	B
95	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
96	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
97	Lewostronna hemikolektomia	B
98	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
99	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
100	Otwarta koronaroplastyka	B
101	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	B
102	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
103	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
104	Plastyka tchawicy	B
105	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną	B
106	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	B
107	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	B
108	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	B



109	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	B
110	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	B
111	Przeszczep nerki	B
112	Przeżyłowa operacja dotycząca wad wielkich naczyń	B
113	Resekcja poprzecznicy	B
114	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
115	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	B
116	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	B
117	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	B
118	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	B
119	Wszczepienie stymulatora mózgu	B
120	Wycięcie dwunastnicy	B
121	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	B
122	Wycięcie odbytu	B
123	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B
124	Wycięcie prostaty metodą otwartą	B
125	Wycięcie przytarczyc	B
126	Wycięcie tarczycy językowej	B
127	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	B
128	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	B
129	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	B
130	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	B
131	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	B
132	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	B
133	Zniszczenie przysadki mózgowej	B

Grupa C 50% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

134	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
135	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
136	Amputacja nosa	C
137	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	C
138	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	C
139	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	C
140	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	C
141	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	C
142	Częściowe usunięcie oskrzela	C
143	Częściowe wycięcie nerki	C
144	Częściowe wycięcie przełyku	C
145	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
146	Częściowe wycięcie wątroby	C
147	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
148	Gastrostomia	C
149	Jejunostomia	C
150	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
151	Korekcja deformacji podniebienia	C
152	Korekcja opadania powieki	C
153	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	C
154	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	C
155	Nacięcie jajowodu	C
156	Nacięcie moczowodu	C
157	Nacięcie nerki	C
158	Nacięcie okrężnicy	C
159	Nacięcie przełyku	C
160	Nacięcie przewodu żółciowego	C
161	Obustronne wycięcie jąder	C
162	Operacja aparatu przedsionkowego	C
163	Operacja ciała szklanego	C



164	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	C
165	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	C
166	Operacja dotycząca sieci	C
167	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
168	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
169	Operacja naprawcza gardła	C
170	Operacja naprawcza innej tętnicy	C
171	Operacja naprawcza moczowodu	C
172	Operacja naprawcza odbytu	C
173	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C
174	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C
175	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
176	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	C
177	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	C
178	Operacja przewodu limfatycznego	C
179	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
180	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
181	Operacja trąbki Eustachiusza	C
182	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	C
183	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	C
184	Operacja żyłaków przelyku metodą otwartą	C
185	Operacyjna plastyka oczodołu	C
186	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
187	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
188	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
189	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
190	Proteżowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	C
191	Proteżowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	C
192	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	C
193	Przeszczep mięśnia	C
194	Przeszczep płata skórniego z unerwieniem	C
195	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	C
196	Przeznaczyniowa operacja aorty	C
197	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	C
198	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	C
199	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	C
200	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	C
201	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	C
202	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	C
203	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	C
204	Reimplantacja innego narządu	C
205	Reimplantacja kończyny dolnej	C
206	Reimplantacja kończyny górnej	C
207	Reimplantacja moczowodu	C
208	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
209	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
210	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
211	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
212	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
213	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	C
214	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
215	Rewizja zespolenia przelyku	C
216	Sródbrzusne manipulacje na jelicie krętym	C
217	Sródbrzusne manipulacje na okrężnicy	C
218	Sympatektomia szyjna	C
219	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
220	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
221	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C



222	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
223	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	C
224	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	C
225	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	C
226	Usunięcie zmiany kości	C
227	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	C
228	Usunięcie zmiany oczodołu	C
229	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	C
230	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	C
231	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	C
232	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	C
233	Usunięcie zmiany ucha środkowego	C
234	Usunięcie zmiany wątroby	C
235	Wentrykulostomia	C
236	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	C
237	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	C
238	Wycięcie cewki moczowej	C
239	Wycięcie gałki ocznej	C
240	Wycięcie grasicy	C
241	Wycięcie innej tętnicy	C
242	Wycięcie języka	C
243	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	C
244	Wycięcie moczowodu	C
245	Wycięcie nadnercza	C
246	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	C
247	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	C
248	Wycięcie tarczycy	C
249	Wycięcie żuchwy	C
250	Wyłonienie jelita ślepego	C
251	Wytworzenie ileostomii	C
251	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
253	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
254	Zamknięta walwulotomia	C
255	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
256	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	C
257	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
258	Zespolenie omijające jelita czczego	C
259	Zespolenie omijające jelita krętego	C
260	Zespolenie omijające okrężnicy	C
261	Zespolenie omijające przełyk	C
262	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C
263	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego(nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
264	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C

Grupa D 25% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

265	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	D
266	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	D
267	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
268	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
269	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
270	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
271	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	D
272	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
273	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
274	Częściowe wycięcie jajowodu	D
275	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
276	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	D



277	Drenaż osierdzia	D
278	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	D
279	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
280	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
281	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	D
282	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	D
283	Inny stały sposób stymulacji serca	D
284	Jednostronne wycięcie jądra	D
285	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
286	Korekcja deformacji wargi	D
287	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	D
288	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
289	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
290	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
291	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	D
292	Nacięcie oczodołu	D
293	Nacięcie osierdzia	D
294	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	D
295	Nacięcie rogowki	D
296	Nacięcie tęczówki	D
297	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	D
298	Nacięcie twardówki	D
299	Nacięcie wątroby	D
300	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
301	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
302	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
303	Obustronne sprowadzenie jąder	D
304	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
305	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
306	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórniego	D
307	Operacja antyrefluksowa	D
308	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	D
309	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	D
310	Operacja kaletki maziowej	D
311	Operacja najądrza	D
312	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
313	Operacja naprawcza czaszki	D
314	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
315	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	D
316	Operacja naprawcza rogowki	D
317	Operacja pęcherzyków nasiennych	D
318	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
319	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	D
320	Operacja wodniaka jądra	D
321	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
322	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
323	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	D
324	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
325	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	D
326	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	D
327	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
328	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
329	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
330	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
331	Plastyka nosa	D
332	Plastyka rogowki	D



333	Plastyka ucha zewnętrznego	D
334	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	D
335	Powiększenie pęcherza	D
336	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
337	Protezowanie gałki ocznej	D
338	Protezowanie jądra	D
339	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	D
340	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	D
341	Protezowanie ścięgna	D
342	Przełożenie ścięgna	D
343	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
344	Przeszczep płata śluzówki	D
345	Przeszczep powięzi	D
346	Przeszczep śluzówki	D
347	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
348	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	D
349	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	D
350	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	D
351	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	D
352	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
353	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	D
354	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	D
355	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	D
356	Rekonstrukcja powieki	D
357	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
358	Rewizja ileostomii	D
359	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	D
360	Rewizja protezy gałki ocznej	D
361	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D
362	Rozdzielenie trzonu kości	D
363	Siatkowy autoprzeszczep skóry	D
364	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
365	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	D
366	Tracheostomia(nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
367	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
368	Usunięcie zmiany twardówki	D
369	Usunięcie ciała rzęskowego	D
370	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	D
371	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
372	Usunięcie moszny	D
373	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	D
374	Usunięcie zmiany jądra	D
375	Usunięcie zmiany kręgosłupa	D
376	Usunięcie zmiany powięzi	D
377	Usunięcie zmiany prącia	D
378	Uwolnienie przykurczu mięśnia	D
379	Uwolnienie ścięgna	D
380	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	D
381	Wszczepienie protezy jajowodu	D
382	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
383	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	D
384	Wycięcie hemoroidów	D
385	Wycięcie kości twarzy	D
386	Wycięcie nerwu obwodowego	D
387	Wycięcie pochewki ścięgna	D
388	Wycięcie powięzi brzucha	D
389	Wycięcie sromu	D
390	Wycięcie szyjki macicy	D



391	Wycięcie ścięgna	D
391	Wycięcie ślinianki	D
393	Wycięcie tęczówki	D
394	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
395	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
396	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	D
397	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	D
398	Wycięcie zmiany odbytu	D
399	Wycięcie zmiany rogówki	D
400	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
401	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	D
402	Zespolenie przewodu trzustkowego	D
403	Zespolenie przewodu wątrobowego	D
404	Zespolenie tętniczo-żylne	D
405	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	D
406	Zmiana długości ścięgna	D
407	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
408	Zniszczenie zmiany siatkówki	D

Grupa E 12,5% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

409	Amputacja palucha	E
410	Częściowe wycięcie jajnika	E
411	Częściowe wycięcie wargi	E
412	Drenaż kości	E
413	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
414	Drenaż przez okolicę krocza	E
415	Drenaż ucha środkowego	E
416	Drenaż ucha zewnętrznego	E
417	Drenaż węzła chłonного	E
418	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	E
419	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	E
420	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	E
421	Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy	E
422	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
423	Korekcja deformacji powieki	E
424	Korekcja deformacji podniebienia	E
425	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
426	Nacięcie gruczołu ślinowego	E
427	Nacięcie języka	E
428	Nacięcie kanału pochwy	E
429	Nacięcie powieki	E
430	Nacięcie spojówki	E
431	Nacięcie sutka	E
432	Nacięcie torebki soczewki oka	E
433	Nacięcie zrostów pochwy	E
434	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	E
435	Operacja brodawki sutkowej	E
436	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
437	Operacja dotycząca pępka	E
438	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	E
439	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	E
440	Operacja gruczołu Bartholina	E
441	Operacja innego więzadła macicy	E
442	Operacja kanału łzowego	E
443	Operacja łechtaczki	E
444	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	E
445	Operacja na przewodach mlekośnych sutka	E



446	Operacja napletka	E
447	Operacja naprawcza jajnika	E
448	Operacja naprawcza pochwy	E
449	Operacja naprawcza spojówki	E
450	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
451	Operacja nerki przez nefrostomię	E
452	Operacja nosa zewnętrznego	E
453	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	E
454	Operacja plastyczna pochwy	E
455	Operacja plastyczna prącia	E
456	Operacja przegrody nosa	E
457	Operacja struktur okołostawowych palucha	E
458	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	E
459	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	E
460	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	E
461	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
462	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
463	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
464	Operacja więzadła szerokiego macicy	E
465	Operacja zatoki czołowej	E
466	Operacja zatoki klinowej	E
467	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
468	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	E
469	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	E
470	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
471	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E
472	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	E
473	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	E
474	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
475	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu	E
476	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
477	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	E
478	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
479	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
480	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
481	Plastyka przepukliny pępkowej	E
482	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
483	Plastyka sklepienia pochwy	E
484	Podwiązanie przewodu ślinowego	E
485	Poszerzenie przewodu ślinowego	E
486	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	E
487	Proteżowanie prącia	E
488	Przecięcie osierdzia	E
489	Przeszczepienie przewodu ślinowego	E
490	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnego	E
491	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	E
492	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	E
493	Rozdzielenie kości stopy	E
494	Rozdzielenie żuchwy	E
495	Stabilizacja żuchwy	E
496	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
497	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	E
498	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	E
499	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	E
500	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	E
501	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	E
502	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	E



503	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	E
504	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	E
505	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
506	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
507	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	E
508	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	E
509	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	E
510	Usunięcie zmiany języka	E
511	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	E
512	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	E
513	Usunięcie zmiany pochwy	E
514	Usunięcie zmiany podniebienia	E
515	Usunięcie zmiany powieki	E
516	Usunięcie zmiany spojówki	E
517	Usunięcie zmiany ślinianki	E
518	Usunięcie zmiany wargi	E
519	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	E
520	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	E
521	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	E
522	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
523	Uwolnienie przykurczu stawu	E
524	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
525	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
526	Wyciąg szkieletowy kości	E
527	Wycięcie ciała rzęskowego	E
528	Wycięcie kości ekstopowej	E
529	Wycięcie mięśnia	E
530	Wycięcie migdałków podniebiennych	E
531	Wycięcie nadmiaru powieki	E
532	Wycięcie nasieniowodu	E
533	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	E
534	Wycięcie pochwy	E
535	Wycięcie zmiany otrzewnej	E
536	Wycięcie zmiany sromu	E
537	Wycięcie zmiany szyjki macicy	E
538	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
539	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	E
540	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
541	Zniszczenie zmiany wątrobie przeznaczyniowo	E

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

I. Z zastrzeżeniem ust. 2-6, w przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Operacji chirurgicznej w następstwie choroby Osoby ubezpieczonej okres Karencji wynosi:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności określonego w Polisie, lub

ii) dnia, w którym osoba ta została Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub

iii) dnia powrotu tej osoby do pracy po okresie odbywania służby wojskowej lub urlopu wychowawczego,

b) Osoby ubezpieczonej, będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego,

c) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia;

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a).

2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie operacji chirurgicznej z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) – do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub w pkt 2) zalicza się okres



obejmowania go ochroną ubezpieczeniową z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia w zakresie operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie operacji chirurgicznej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to z tytułu Operacji chirurgicznej, która będzie miała miejsce w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie operacji chirurgicznej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to:

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie operacji chirurgicznej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,
2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które zajdzie w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

1) Osoba ubezpieczona była objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie operacji chirurgicznej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia i jest objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie Operacji chirurgicznej z tytułu Umowy ubezpieczenia,
2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie operacji chirurgicznej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasła z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń w zakresie operacji chirurgicznej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie operacji chirurgicznej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2).

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:
1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;
2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

7. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 8.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna Osoby ubezpieczonej miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia;
2) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej;
3) leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością;

4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.

9. W przypadku Operacji chirurgicznej mającej miejsce w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeśli ta Operacja chirurgiczna miała miejsce do 30 dnia nieprzerwanej Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-9.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz dokumentację związaną z Hospitalizacją (w szczególności kartę leczenia szpitalnego) oraz z okolicznościami zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także dokumentację medyczną (związaną z przebyciem Operacją chirurgiczną), niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania Świadczenia.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego określona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) wartości procentowe określone w Tabeli operacji chirurgicznych.

4. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli operacji chirurgicznych przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 7.

5. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych mających miejsce w tym roku Okresu ubezpieczenia.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w § 4 ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Osoby ubezpieczonej ponownie tej samej Operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

8. W przypadku drugiej lub kolejnej Operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej Świadczenie zostanie wypłacone, o ile ta Operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

9. W przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych mających miejsce w czasie jednej Hospitalizacji, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 2), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia tylko za jedną Operację chirurgiczną, tę, z tytułu której przysługuje najwyższe Świadczenie.



§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Operację chirurgiczną w następstwie choroby odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE) BRP-1709

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance o symbolu BRP-1709 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia. Niniejsze OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć tylko jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej, określonego w polisie:

- 1) wariantu standardowego,
- 2) wariantu plus,
- 3) wariantu VIP.

3. Zakres świadczeń assistance każdego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej określono w załączniku do niniejszych OWDU.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do:

- a) Osoby ubezpieczonej;
 - b) małżonka Osoby ubezpieczonej;
 - c) dziecka Osoby ubezpieczonej;
 - d) rodzica Osoby ubezpieczonej lub rodzica małżonka Osoby ubezpieczonej – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 4 ust. 11, przy czym w przypadku osób wymienionych w pkt 2)-4) uzależnia się rozszerzenie zakresu ochrony o ryzyko assistance od objęcia tych osób ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.
5. Świadczenia assistance realizowane są przez centrum operacyjne.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia zdefiniowane w OWU mają zastosowanie do niniejszych OWDU, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.

2. **Centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej, dziecku Osoby ubezpieczonej, rodzicowi Osoby ubezpieczonej lub rodzicowi małżonka Osoby ubezpieczonej.

3. **Choroba** – potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego.

4. **Choroba przewlekła** – choroba, wymagająca z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej stosowania leczenia lub stałej kontroli lekarskiej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.

5. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

6. **Dziecko Osoby ubezpieczonej** – dziecko własne Osoby ubezpieczonej lub przez nią przysposobione, które w dniu zajścia

zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia.

7. **Inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną, trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego.

8. **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego.

9. **Małżonek Osoby ubezpieczonej** – osoba pozostająca w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

10. **Miejsce zamieszkania Osoby ubezpieczonej** – miejsce stałego pobytu Osoby ubezpieczonej na terenie Polski, wskazane przez Osobę ubezpieczoną, przy czym w przypadku zmiany miejsca zamieszkania, Osoba ubezpieczona jest zobowiązana do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.

11. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

12. **Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Osoby ubezpieczonej, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

13. **Rodzic Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej** – naturalny ojciec lub naturalna matka Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej. Za rodzica Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej uważa się również ojczyma lub macochę Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej.

14. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.

15. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zawartego na podstawie niniejszych OWDU, polegające na wystąpieniu u Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej choroby zdefiniowanej w ust. 3 lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2), za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie osób wymienionych w § 1 ust. 4 pkt 1)-4) w okresie ubezpieczenia.



§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:

- 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby Ubezpieczonej lub dziecku Osoby ubezpieczonej w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej;
- 3) zdrowotne usługi informacyjne;
- 4) infolinia „Baby assistance”;
- 5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa;
- 6) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Osoby ubezpieczonej.

2. Towarzystwo spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek bezpośrednich lub pośrednich przyczyn zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia, wybranego przez Ubezpieczającego i wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, potwierdzonego dokumentem ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące w ramach danego wariantu oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w załączniku do niniejszych OWDU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

4. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1), Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej i dziecku Osoby ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem, że usługi wymienione w pkt. 1)-11) świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł w ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

1) wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;

2) wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w specjalistycznej placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;

3) wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku – organizacja i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej jeżeli, w wyniku nieszczęśliwego wypadku Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej byli hospitalizowani przez co najmniej 6 dni;

4) dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza – organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, w sytuacji, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia;

5) organizacja procesu rehabilitacyjnego – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;

6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo:

a) organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;

b) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej;

7) transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – organizowany w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej w placówce medycznej, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

8) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu – organizowany w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej przebywają w placówce medycznej, jeżeli ich stan zdrowia utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

9) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej – organizowany w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej skierowani są na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, a ich stan zdrowia utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej przebywają w szpitalu, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszt opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Osoby ubezpieczonej. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;

11) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej są hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Osoba ubezpieczona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.

5. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2), Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej lub dziecku Osoby ubezpieczonej organizację i pokrycie kosztów



konsultacji z psychologiem – jeżeli, zdaniem lekarza uprawnionego, będzie wskazana na skutek trudnej sytuacji losowej takiej jak:

- a) zgon małżonka Osoby ubezpieczonej;
- b) zgon dziecka Osoby ubezpieczonej;
- c) zgon rodziców Osoby ubezpieczonej oraz rodziców małżonka Osoby ubezpieczonej;
- d) wystąpienie u Osoby ubezpieczonej poważnego zachorowania.

Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

6. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług, o których mowa w ust. 4 i 5, decyduje lekarz uprawniony.

7. Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń wynikających z dodatkowego grupowego ubezpieczenia przekroczy kwotowy limit kosztów określony w OWDU, usługa może być wykonana przez centrum operacyjne o ile Osoba ubezpieczona wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

8. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3), Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej i dziecku Osoby ubezpieczonej:

1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;

2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;

3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;

4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;

5) informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych;

6) informacje o dietach i zdrowym żywieniu;

7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Osobie Ubezpieczonej ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

9. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4), Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej i dziecku Osoby ubezpieczonej dostęp do informacji o:

1) objawach ciąży;

2) badaniach prenatalnych;

3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;

4) szkołach rodzenia;

5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;

6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;

7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;

10. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 5), Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej lub dziecku Osoby ubezpieczonej organizację przystosowania dla nich miejsca pracy (modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania), jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznali trwałego inwalidztwa, o którym mowa w § 3 ust. 6.

Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Osobę ubezpieczoną.

11. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 6), Towarzystwo

gwarantuje rodzicowi Osoby ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1) pomoc domową oraz pielęgniarstwo - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania rodzica Osoby ubezpieczonej.

Towarzystwo pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarstwa do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

2) transport na wizytę kontrolną - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną, która odbędzie się w ciągu 1 roku po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W ramach usługi organizowany jest transport na wizytę kontrolną i transport powrotny.

3) infolinię medyczną - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

12. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług, o których mowa w ust. 11, decyduje lekarz uprawniony.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 2 ust. 15, nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w niniejszych OWDU, i ponadto nie obejmuje:

1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

3) kosztów poniesionych przez Osobę ubezpieczoną, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;

4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);

5) kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);

6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

a) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z centrum operacyjnym, helioterapii;

b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu;

c) pozostawiania/działania Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;

d) chorób psychicznych;



- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
- f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- h) poddania się przez Osobę ubezpieczoną, małżonka Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej lub rodzica Osoby ubezpieczonej leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- k) chorób przewlekłych (nie dotyczy usług wymienionych w § 4 ust. 11).

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer polisy;
 - 4) okres ubezpieczenia;
 - 5) krótki opis zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej, rodzic Osoby ubezpieczonej lub rodzic małżonka Osoby ubezpieczonej zobowiązani są na wniosek centrum

operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4. W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej, rodzic Osoby ubezpieczonej lub rodzic małżonka Osoby ubezpieczonej nie wypełnią obowiązków określonych w ust. 1-3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej, rodzic Osoby ubezpieczonej lub rodzic małżonka Osoby ubezpieczonej nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może zwrócić Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej, dziecku Osoby ubezpieczonej, rodzicowi Osoby ubezpieczonej lub rodzicowi małżonka Osoby ubezpieczonej w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego kończy się w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej w przypadku:
 - 1) zgonu Osoby ubezpieczonej,
 - 2) wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia:

Zakres świadczeń	Wariant standardowy	Wariant plus	Wariant VIP
1 wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku	1200 zł	1500 zł	1500 zł
2 wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku	-	1500 zł	1500 zł
3 wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku	1200 zł	1500 zł	1500 zł
4 dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza	200 zł	200 zł	200 zł
5 a) wizyta rehabilitanta w domu	500 zł	500 zł	500 zł
b) wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł	500 zł	500 zł
6 a) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
b) transport sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
7 transport medyczny do placówki medycznej	1200 zł	1500 zł	1500 zł
8 transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu	1200 zł	1500 zł	1500 zł
9 transport medyczny między placówkami medycznymi	1200 zł	1500 zł	1500 zł
10 opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	600 zł	600 zł	600 zł
11 pomoc domowa po hospitalizacji	400 zł	400 zł	400 zł
12 pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	-	500 zł	500 zł
13 zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
14 infolinia „Baby assistance”	bez limitu	bez limitu	bez limitu
15 pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku	tylko organizacja	tylko organizacja	tylko organizacja
16 a) pomoc domowa po hospitalizacji dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	500 zł
b) transport medyczny na wizytę kontrolną dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	1/rok
c) infolinia medyczna i zdrowotne usługi informacyjne dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	bez limitu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE) BRP-I 809

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy o symbolu BRP-I 809 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia. Niniejsze OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU, może nastąpić tylko w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w wariantach Plus lub VIP.

3. Zakres świadczeń assistance określono w załączniku do niniejszych OWDU.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do:

1) Osoby ubezpieczonej;

2) małżonka Osoby ubezpieczonej,

zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, przy czym w przypadku małżonka Osoby ubezpieczonej, uzależnia się rozszerzenie zakresu ochrony na podstawie niniejszych OWDU od objęcia go ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Centrum pomocy** – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej.

2. **Data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wręczenia wypowiedzenia umowy o pracę.

3. **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Osobą ubezpieczoną lub małżonkiem Osoby ubezpieczonej umowę o pracę na czas nieokreślony.

4. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, polegające na pogorszeniu się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy przez Osobę ubezpieczoną lub małżonka Osoby ubezpieczonej, tj. w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Osobą ubezpieczoną/małżonkiem Osoby ubezpieczonej z przyczyn dotyczących pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych), w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie osób wymienionych w § 1 ust. 4 pkt. 1) i 2) w okresie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na zapewnieniu Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 4 ust. 1, realizowanych za pośrednictwem Centrum pomocy.

3. Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 4 ust. 1 jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 4, potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn pracodawcy.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance przysługujące Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 4:

1) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Centrum pomocy zapewnia Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum pomocy z Osobą ubezpieczoną/ małżonkiem Osoby ubezpieczonej przy zachowaniu postanowień § 5. Pomoc psychologa ma przede wszystkim na celu:

- a) wywiad i diagnozę psychologiczną;
- b) interwencję kryzysową;
- c) udzielenie porad i wskazówek w zakresie radzenia sobie ze stresem;
- d) inne porady i wskazówki w zależności od stanu emocjonalnego, ewentualnie skierowanie do dalszej opieki psychologa lub psychiatry.

2) **usługi informacyjne** – Towarzystwo, na wniosek Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej, świadczy poprzez Centrum pomocy usługi informacyjne (adresy, telefony) dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3) **pakiet informacyjny** – Centrum pomocy w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Osobę ubezpieczoną lub małżonka Osoby ubezpieczonej kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień § 5, wysyła do Osoby ubezpieczonej/ małżonka Osoby ubezpieczonej drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych określony w załączniku do niniejszych OWDU. Zmiany załącznika nie stanowią zmiany OWDU.

4) **informacja telefoniczna** – Osoba ubezpieczona lub małżonka Osoby ubezpieczonej przy zachowaniu postanowień § 5, mają możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji określonych w załączniku do niniejszych OWDU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje usług w zakresie świadczeń opiekuńczych, wymienionych w ust. 1, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie świadczeń assistance wymienionych w § 4 ust. 1, jeżeli to zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w ciągu pierwszych 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej zobowiązani są niezwłocznie skontaktować się telefonicznie z Centrum pomocy czynnym przez całą dobę, podając następujące dane :

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres zamieszkania Osoby ubezpieczonej;
- 3) numer polisy;
- 4) okres ubezpieczenia;
- 5) datę oraz opis zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) numer telefonu do skontaktowania się z Osobą ubezpieczoną/małżonkiem Osoby ubezpieczonej;
- 7) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

2. Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej powinni w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę, umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu, przesłać do Centrum pomocy kopię tego oświadczenia.

3. W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej nie wypełnią obowiązków określonych w § 6 ust. 1 i 2, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa po upływie 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń Assistance w okolicznościach utraty pracy oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia:

Zakres świadczeń		
1.	pomoc psychologa po utracie pracy	150 zł
2.	usługi informacyjne dotyczące korzystania z poradni zdrowia psychicznego	bez limitu
3.	pakiet informacyjny, zawierający: a) instrukcje dotyczące pisania CV (Curriculum Vitae) wraz ze wzorem CV; b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego wraz ze wzorem listu motywacyjnego; c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu.	bez limitu
4.	Informacja telefoniczna, dotycząca: a) odpraw pieniężnych, przysługujących Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy; b) świadczeń przedemerytalnych; c) praw i obowiązków bezrobotnych; d) rejestracji w urzędzie pracy; e) sposobu ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych; f) innych form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym; g) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy, oferujących pracę na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami; h) dokumentów i procedur, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.	bez limitu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA ORAZ NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA (GUD) BRP-1909

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-1909 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Urodzenie się dziecka – urodzenie się żywego dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Osobę ubezpieczoną dziecka w wieku do lat 5, o ile przysposobienie to zostało orzeczone prawomocnym orzeczeniem sądu właściwego do spraw o przysposobienie.

2) Urodzenie się martwego noworodka – urodzenie się martwego dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia z adnotacją „dziecko martwo urodzone”.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka lub Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego noworodka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia się dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego noworodka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości podwójnej sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia się martwego noworodka.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Urodzenia się dziecka oraz na wypadek Urodzenia się martwego noworodka Karencja ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej i wynosi:

1) 9 miesięcy od dnia początku Okresu ubezpieczenia – w przypadku Urodzenia się dziecka;

2) 1 miesiąc od dnia początku Okresu ubezpieczenia – w przypadku Urodzenia się martwego noworodka.

2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanego dalej: dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej: dotychczasową umową ubezpieczenia), do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub w pkt 2) zalicza się okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to z tytułu odpowiednio: Urodzenia się dziecka lub z tytułu Urodzenia się martwego noworodka, które będą miały miejsce w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to :

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,

2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które zajdzie w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

1) odpowiednio: Urodzenie się dziecka lub Urodzenie się martwego noworodka jest objęte ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia i było objęte ochroną z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia,



2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasa z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2.

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek

powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka - w przypadku Urodzenia się dziecka;

2) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone” oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) matki dziecka z informacją o wieku ciąży – w przypadku Urodzenia się martwego noworodka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA (GOD) BRP-2009

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka o symbolu BRP-2009 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Osierocenie dziecka – śmierć Osoby ubezpieczonej, jeżeli w chwili swojej śmierci miała ona co najmniej jedno dziecko w wieku do 25 lat, będące dzieckiem własnym, przysposobionym lub pasierbem (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba).

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Osierocenia dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu osieroconemu dziecku w rozumieniu § 2 ust. 1, które w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego miało nie więcej niż 25 lat, Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej w dniu Osierocenia dziecka.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Osierocenia dziecka Osoby ubezpieczonej stosuje się Karencję na zasadach określonych w § 10 ust. 2-9 OWU. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej powodująca Osierocenie dziecka nastąpiła w dniu śmierci dziecka Osoby ubezpieczonej w rozumieniu § 2 ust. 1.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba w chwili jej śmierci.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA (GZD) BRP-2109

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka o symbolu BRP-2109 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć dziecka – zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Osoby ubezpieczonej (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba), jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat oraz o ile śmierć ta została potwierdzona wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem zgonu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci dziecka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień Śmierci dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Śmierci dziecka stosuje się Karencję na zasadach określonych w § 10 ust. 2-9 OWU. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 ust. 1 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do dziecka w rozumieniu § 2 ust. 1.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Śmierć dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba,

2) odpis skrócony aktu zgonu dziecka,

3) dokument informujący o przyczynie zgonu dziecka w rozumieniu § 2 ust. 1, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN) BRP-2209

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2209 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć dziecka – zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Osoby ubezpieczonej (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba), jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat oraz o ile śmierć ta została potwierdzona wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem zgonu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Śmierci dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Śmierci dziecka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Śmierć dziecka nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) Śmierć dziecka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do dziecka w rozumieniu § 2 ust. 1.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Śmierć dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba,
- 2) odpis skrócony aktu zgonu dziecka,
- 3) dokument informujący o przyczynie zgonu dziecka w rozumieniu § 2 ust. 1, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW) BRP-2309

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka o symbolu BRP-2309 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć małżonka – śmierć osoby pozostającej w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci małżonka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci małżonka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień Śmierci małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci małżonka stosuje się Karencję na zasadach określonych w § 10 ust. 2-9 OWU. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 ust. 1 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do małżonka w rozumieniu § 2 ust. 1.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Śmierć małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu zgonu małżonka w rozumieniu § 2 ust. 1,

2) dokument informujący o przyczynie zgonu małżonka w rozumieniu § 2 ust. 1, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN) BRP-2409

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2409 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć małżonka – śmierć osoby pozostającej w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Śmierci małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Śmierci małżonka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Śmierć małżonka nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) Śmierć małżonka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do małżonka w rozumieniu § 2 ust. 1.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Śmierć małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu zgonu małżonka w rozumieniu § 2 ust. 1,

2) dokument informujący o przyczynie zgonu małżonka w rozumieniu § 2 ust. 1, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA (GZR) BRP-2509

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia o symbolu BRP-2509 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Śmierć rodzica – zgon matki lub ojca Osoby ubezpieczonej; za Śmierć rodzica w rozumieniu OWDU uważa się również zgon osoby, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem lub matką Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Osoby ubezpieczonej.

2) Śmierć teścia – zgon matki lub ojca małżonka Osoby ubezpieczonej; za Śmierć teścia w rozumieniu OWDU uważa się również zgon osoby, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem lub matką małżonka Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka lub ojciec małżonka Osoby ubezpieczonej.

3) Małżonek Osoby ubezpieczonej – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci Śmierci rodzica lub Śmierci teścia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci rodzica, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień Śmierci rodzica, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci teścia, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie

w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego określonej w Polisie, aktualnej na dzień Śmierci teścia, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Śmierci rodzica lub Śmierci teścia stosuje się Karencję na zasadach określonych w § 10 ust. 2-9 OWU. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 ust. 1 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do odpowiednio: rodzica lub teścia w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 1) i 2).

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Śmierć rodzica lub Śmierć teścia nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) wypis z dokumentu tożsamości Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej,

2) odpis skrócony aktu zgonu rodzica, teścia lub osoby pozostającej w związku małżeńskim z ojcem lub matką Osoby ubezpieczonej albo z ojcem lub matką małżonka Osoby ubezpieczonej,

3) odpis skrócony aktu zawarcia małżeństwa przez Osobę ubezpieczoną i Małżonka Osoby ubezpieczonej (w przypadku Śmierci teścia), wystawiony nie wcześniej niż na dzień śmierci teścia lub oświadczenia Osoby ubezpieczonej i Małżonka Osoby ubezpieczonej o pozostawaniu na dzień Śmierci teścia w związku małżeńskim,

4) dokument informujący o przyczynie zgonu rodzica, teścia lub osoby pozostającej w związku małżeńskim z ojcem lub matką Osoby ubezpieczonej albo z ojcem lub matką małżonka Osoby ubezpieczonej, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu,

5) odpis skrócony aktu zgonu rodzica lub teścia (w przypadku zgonu osoby, która pozostaje z ojcem lub matką Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Osoby ubezpieczonej albo zgonu osoby, która pozostaje z ojcem lub matką małżonka Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka lub ojciec małżonka Osoby ubezpieczonej).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.



§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem

1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (GPZD) BRP-2609

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka o symbolu BRP-2609 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko Osoby ubezpieczonej – własne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej, będące w wieku od 6 miesięcy do 18 lat.

2) Wystąpienie Poważnego zachorowania – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

3) Poważne zachorowanie – wystąpienie w zdrowiu Dziecka Osoby ubezpieczonej któregośkolwiek ze stanów chorobowych określonych w pkt 4-11.

4) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę.

Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM,

d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

f) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

5) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.

W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

6) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera.

7) Paraliż – całkowita nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub choroby; Paraliż musi mieć charakter trwały.

8) Poliomielititis – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem

jest co najmniej paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu.

9) Poważne uszkodzenie mózgu – nieodwracalne, znaczne upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych w wyniku uszkodzenia mózgu, powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, w następstwie czego wymagany jest stały nadzór lub pomoc w życiu codziennym.

10) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.

W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

11) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 4-10 lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji vegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Dziecko Osoby ubezpieczonej leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Dziecka Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania Dziecka Osoby ubezpieczonej, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, określonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-6 w przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka Osoby ubezpieczonej okres Karencji wynosi:



1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności określonego w Polisie, lub

ii) dnia, w którym osoba ta została Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub

iii) dnia powrotu tej osoby do pracy po urlopie wychowawczym,

b) Osoby ubezpieczonej, będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego,

c) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia;

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a).

2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwaną dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) – do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub w pkt 2 zalicza się okres obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Osoby ubezpieczonej, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to :

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,

2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które zajdzie w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

1) Osoba ubezpieczona była objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie Poważnego zachorowania Dziecka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia i jest objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania Dziecka Osoby ubezpieczonej z tytułu Umowy ubezpieczenia,

2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy

ubezpieczenia wygasła z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2).

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

7. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do Dziecka Osoby ubezpieczonej. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-5.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego lub przysposobionego oraz w przypadku:

1) Nowotworu złośliwego – bezsporny dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

2) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebiegu operacji transplantacji nerki,

3) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii dziecięcej zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,

4) Paraliżu – dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych, zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie,

5) Poliomielitisa – dwie opinie niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta i rokowanie lub opinię jednego lekarza wraz z dokumentacją leczenia; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 6 tygodniach od wystąpienia poważnego zachorowania,

6) Poważnego uszkodzenia mózgu – dowód zaistnienia wypadku, którego skutkiem był uraz mózgu oraz dwie opinie niezależnych lekarzy neurologów lub psychiatrów, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta przed i po wystąpieniu uszkodzenia mózgu oraz rokowanie,

7) Przeszczepu narządu – dowody przeszczepienia,

8) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie



trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Dziecko Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. W Okresie ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego w przypadku każdego Dziecka Osoby ubezpieczonej, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań danego Dziecka Osoby ubezpieczonej. W przypadku wystąpienia u danego Dziecka Osoby ubezpieczonej ponownie Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. Świadczenie z tytułu danego Poważnego zachorowania zostanie wypłacone, o ile w dacie wystąpienia Poważnego zachorowania Dziecko Osoby ubezpieczonej miało ukończone 6 miesięcy i nie miało ukończonych 18 lat.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania danego Dziecka Osoby ubezpieczonej – w odniesieniu do tego Dziecka Osoby ubezpieczonej, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego Świadczenia.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTUM)

BRP-2709

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2709 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Małżonek Osoby ubezpieczonej** – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – występujące u Małżonka Osoby ubezpieczonej trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

- a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwałe upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,
- b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dostępnej w siedzibie Towarzystwa oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Małżonka Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka Osoby Ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej nastąpił w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do Małżonka Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz:

- 1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
- 2) dokumentację medyczną potwierdzającą prawo do otrzymania Świadczenia, w tym kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

- 1) suma Ubezpieczenia dodatkowego określona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
- 2) wartości Trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w wybranej przez Ubezpieczającego Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Małżonka Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

5. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może:

- 1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;
- 2) skierować Małżonka Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Małżonka Osoby ubezpieczonej.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku były już



upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku Małżonka Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci Świadczenie pomniejszone o stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia

wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPNM) BRP-2809

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2809 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek Osoby ubezpieczonej – osoba pozostająca w czasie Pobytu w Szpitalu z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiego oddziału działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. W rozumieniu OWDU za powyższy oddział uważa się również:

- oddział intensywnej terapii,
- oddział intensywnego nadzoru medycznego,
- salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu OWDU salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

3) Pobyt w szpitalu – udokumentowany pobyt Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Małżonka Osoby ubezpieczonej będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych,
- pobytu na oddziale dziennym,
- pobytu dziennego.

4) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniająca 24-godzinną kwalifikowaną obsługę

pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

- szpitala psychiatrycznego,
- szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- domowej opieki pielęgniarskiej,
- hospicjum,
- domu opieki,
- ośrodka wypoczynkowego,
- szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Małżonka Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- Pobyt Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub
- Pobyt Małżonka Osoby ubezpieczonej na OIOM, w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. W razie Pobytu Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

3. W razie Pobytu Małżonka Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w Polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdy dzień pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt w Szpitalu lub pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt w Szpitalu lub kolejnych Szpitalach lub pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,



4) Pobyt w Szpitalu lub pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

5. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu lub na OIOM uważa się za pełny.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się do Ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do Małżonka Osoby ubezpieczonej, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,

2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Małżonka Osoby Ubezpieczonej;

3) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego;

4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.

3. W przypadku Pobytu Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do 30 dnia nieprzerwanego Pobytu Małżonka Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz:

1) dokumentację związaną z Pobytom Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu,

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

3) dokumentację potwierdzającą pobyt Małżonka Osoby ubezpieczonej

na OIOM – w przypadku pobytu Małżonka Osoby Ubezpieczonej na OIOM.

3. Przed podjęciem decyzji o wypłacie świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia z tytułu pobytu na OIOM w sumie za nie więcej niż 7 dni pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień pobytu na OIOM ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim Świadczenie spełniane jest w wysokości Świadczenia za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

5. Towarzystwo wypłaca Świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2-3, w sumie za nie więcej niż łącznie 92 dni Pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia, nie częściej jednak niż pięć razy w danym roku Okresu ubezpieczenia.

6. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze Świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2-3.

7. W przypadku udokumentowanego Pobytu w Szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego Świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA WARIANT STANDARDOWY (GPZM1), WARIANT PLUS (GPZM2) BRP-2909

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka o symbolu BRP-2909 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZM1) określonego w § 4, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 4)-10) albo
2) wariantu plus (GPZM2) określonego w § 5, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 4)-20).

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w Polisie i Certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Małżonek Osoby ubezpieczonej** – osoba pozostająca w dniu Wystąpienia Poważnego zachorowania z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

3) **Poważne zachorowanie** – wystąpienie w zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej któregośkolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 4)-10), dla wariantu plus w pkt 4)-20).

4) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.

W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

5) **Operacja aorty** – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

- a) gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebytym urazem,
- b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
- c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,

d) przeszskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.

6) **Przeszczep narządu** – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.

W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

- a) narządu sztucznego,
- b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

7) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),
- b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),
- c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- d) zaburzeń ukrwienia układu przedślonkowego lub nerwu wzrokowego,
- e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego,
- h) skutków choroby dekompresyjnej,
- i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

8) **Wszczepienie zastawki serca** – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu OWDU za Wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

- a) operacji naprawczej,
- b) rekonstrukcji zastawki,
- c) plastyki zastawki,
- d) walwulotomii.

9) **Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu OWDU za Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

- a) zabiegu przeszskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych,



zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,

- c)** każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,
d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

10) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

– objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

– zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

– powstanie patologicznych załamek Q w EKG, dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

– z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

– z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

– z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

11) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan Całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku utraty mowy o podłożu psychogennym.

12) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan Całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

13) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

14) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych.

W rozumieniu OWDU za Łagodne guzy mózgu nie uważa się krwaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane Łagodnym guzem mózgu.

15) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy uważa się

także ziarnicę złośliwą i białaczkę.

Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN I-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM

d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T I (T I a lub T I b lub T I c) w klasyfikacji TNM,

g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

16) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera.

17) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania Małżonek Osoby ubezpieczonej musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

18) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 4)-17) i 19)-20) lub nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Małżonka Osoby ubezpieczonej leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

19) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi musi być potwierdzony prawomocnym orzeczeniem sądu lub uznaniem swojej odpowiedzialności przez Zakład Opieki Zdrowotnej przeprowadzający transfuzję krwi.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Małżonek Osoby ubezpieczonej jest chory na hemofilie lub jest poddawany przewlekłym dializom.



20) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Małżonek Osoby ubezpieczonej jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Małżonka Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZ1)

W razie Wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci jednego z Poważnych zachorowań Małżonka Osoby ubezpieczonej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4)-10), Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, określonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZ2)

W razie Wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci jednego z Poważnych zachorowań Małżonka Osoby ubezpieczonej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4)-20), Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, określonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

I. Z zastrzeżeniem ust. 2-6, w przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej okres Karencji wynosi:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności określonego w Polisie, lub

ii) dnia, w którym osoba ta została Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub

iii) dnia powrotu tej osoby do pracy po urlopie wychowawczym,

b) Osoby ubezpieczonej, będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego,

c) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia;

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy

ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a).

2. W odniesieniu do Pracownika, który bezpośrednio przed dniem początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) albo z tytułu indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanego dalej dotychczasową umową ubezpieczenia) – do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub w pkt 2) zalicza się okres obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3-6.

3. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej, które Wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres Karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWDU, to :

1) przez okres będący różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona,

2) przez pozostały czas okresu Karencji, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które zajdzie w tym czasie, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości przewidzianej Umową ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

5. Postanowienia ust. 3-4 mają zastosowanie pod warunkiem, że:

1) Osoba ubezpieczona była objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie Poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia i jest objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej z tytułu Umowy ubezpieczenia,

2) ochrona ubezpieczeniowa w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia wygasła z upływem ostatniego dnia przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

3) Pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 2).

6. Dokument wskazany w ust. 5 pkt 3) musi być wystawiony przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile dotychczasowa umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.



7. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do Małżonka Osoby ubezpieczonej. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wystąpienia jakiegokolwiek Poważnego zachorowania w okresie 6 miesięcy od dnia Wystąpienia innego Poważnego zachorowania, które Wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz w przypadku:

- 1) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,**
- 2) Operacji aorty - dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,**
- 3) Przeszczepu narządu - dowody przeszczepienia,**
- 4) Udaru mózgu - dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,**
- 5) Wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,**
- 6) Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,**
- 7) Zawału serca:**
 - a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,**
 - b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,**
 - c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,**
- 8) Całkowitej utraty mowy - opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,**
- 9) Całkowitej utraty słuchu - opinię otolaryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,**
- 10) Całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,**
- 11) Łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,**

12) Nowotworu złośliwego – bezsporny dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

13) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,

14) Stwardnienia rozsianego:

a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,

b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,

15) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki,

16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi lub uznanie swojej odpowiedzialności przez zakład opieki zdrowotnej przeprowadzającej transfuzję krwi,

17) Zawodowego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Małżonka Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań w obrębie tego samego Poważnego zachorowania. W przypadku Wystąpienia u Małżonka Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W przypadku Zawału serca Towarzystwo wypłaci Świadczenie wyłącznie, jeżeli jest to pierwszy w życiu Małżonka Osoby ubezpieczonej Zawał serca w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 10).

6. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej Świadczenie zostanie wypłacone, o ile to Poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Poważnym zachorowaniem, które Wystąpiło w Okresie



ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

7. W przypadku Zawału serca i Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregokolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

8. Świadczenie z tytułu danego Poważnego zachorowania zostanie wypłacone, o ile w dacie Zdarzenia ubezpieczeniowego Małżonek Osoby ubezpieczonej nie miał ukończonych 65 lat.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

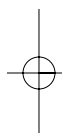
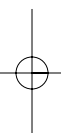
2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej – w obrębie danego Poważnego zachorowania Małżonka Osoby ubezpieczonej, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego Świadczenia.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 19/2011 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2011 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2011 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 195.207.800,00 zł - opłacony w całości
Tel.: +48 22 501 60 00, **801 120 000**

