



OCHRONA na PLUS

Terminowe Ubezpieczenie na Życie

OW-B-KOP-230912



www.viennalife.pl



+48 22 460 22 22

Informacja przekazana zgodnie z wymaganiami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń, wydane na podstawie art. 17 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Poniżej znajdziesz listę ważnych dla Ciebie tematów opisanych w OWU i wskazanie, w których paragrafach zapisy te się znajdują.

Informacje	Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia
Przesłanki wypłaty świadczeń	§ 3 - 10 OWU § 12 OWU § 24 - 25 OWU
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 12 OWU § 16 OWU

Niniejszy dokument został zatwierdzony Uchwałą Nr 79/2022 Zarządu Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 listopada 2022 roku i wchodzi w życie z dniem 4 listopada 2022 roku.



Tomasz Borowski
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
(OW-B-KOP-230912)

OCHRONA na PLUS
Terminowe Ubezpieczenie na Życie

Drogi Kliencie zawierający Umowę!

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) to najważniejszy dokument określający Twoje, jako Ubezpieczającego, prawa i obowiązki wynikające z Umowy. Jest to tekst pisany specyficznym i formalnym językiem prawniczym. W niektórych miejscach znajdziesz krótkie objaśnienia lub przykłady, które ułatwią Ci lekturę i zrozumienie treści OWU. Pamiętaj, że opisy te należy czytać łącznie z treścią odpowiednich paragrafów OWU, ponieważ to one są najważniejsze.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie „OCHRONA na PLUS” (OWU) Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group zawiera umowy terminowego ubezpieczenia na życie.
2. Treść Umowy zawarta jest we wniosku o zawarcie Umowy, OWU, Polisie, załącznikach do Polisy oraz innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową lub uzgodnionych przez strony Umowy.
3. Przedmiotem Umowy jest życie Ubezpieczonego, a w razie rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe, także życie i zdrowie Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

Niektóre zwroty używane w OWU są pisane wielką literą. Są one zdefiniowane, ponieważ mają szczególne znaczenie dla umowy ubezpieczenia lub ich treść odbiega od języka potocznego. Dla ułatwienia zostały one podzielone na grupy tematyczne.

Jeżeli zapoznasz się z nimi, będzie Ci łatwiej zrozumieć całą treść OWU.

1. We wszelkich dokumentach związanych z zawarciem i wykonywaniem Umowy zawartej na podstawie OWU, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

Podmioty Umowy

- 1) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, będąca jednocześnie Kredytobiorcą, zawierająca Umowę z Ubezpieczycielem i zobowiązana do zapłaty Składki. Jeżeli Ubezpieczający ubezpiecza swoje życie albo życie i zdrowie, jest jednocześnie Ubezpieczonym.
- 2) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie są przedmiotem Umowy. Może nim być:
 - a) Kredytobiorca - jeżeli Umowę Zadłużenia zawarła osoba fizyczna;
 - b) osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, pozostająca w stałym stosunku prawnym z Kredytobiorcą - jeżeli Umowę Zadłużenia zawarła osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
- 3) **Ubezpieczyciel** – Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
- 4) **Uposażony** – może nim być: Uposażony Główny, Uposażony Kredytodawca lub Uposażony Zastępczy.
- 5) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana jako uprawniona do otrzymania Świadczenia lub jego części w przypadku śmierci Ubezpieczonego, na warunkach określonych w OWU.
- 6) **Uposażony Kredytodawca** – Kredytodawca, który zawarł z Kredytobiorcą Umowę Zadłużenia, wskazany na zasadzie pierwszeństwa przed pozostałymi Uposażonymi jako uprawniony do otrzymania Świadczenia w wysokości Aktualnego Zobowiązania w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Jeżeli na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wysokość Aktualnego Zobowiązania Kredytobiorcy z tytułu Umowy Zadłużenia jest niższa niż kwota Świadczenia lub Aktualne Zobowiązanie nie występuje, uprawnionym do otrzymania Świadczenia lub jego części, stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą Świadczenia a Aktualnym Zobowiązaniem, jest odpowiednio Uposażony Główny albo Uposażony Zastępczy.
- 7) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana jako uprawniona do otrzymania Świadczenia lub jego części w przypadku śmierci Ubezpieczonego, na warunkach określonych w OWU, jeśli:
 - a) Uposażony Główny zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub
 - b) Uposażony Główny utracił prawo do tego Świadczenia albo
 - c) Uposażony Główny nie został wskazany.

Parametry Umowy

- 8) **Suma Ubezpieczenia** - kwota stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu Umowy, wskazana w Polisie. Suma Ubezpieczenia może mieć charakter Stałej Sumy Ubezpieczenia albo Kredytowej Sumy Ubezpieczenia.
- 9) **Kredytowa Suma Ubezpieczenia** – kwota odpowiadająca wysokości Aktualnego Zobowiązania Kredytobiorcy z tytułu Umowy Zadłużenia, obliczanego na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy Zadłużenia i obejmującego:
 - a) sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z tym harmonogramem oraz

- b) jedną zaległą ratą odsetkową, jeśli taka występuje, o ile zaległość w jej spłacie nie jest dłuższa niż 30 dni przed zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Kredytowa Suma Ubezpieczenia nie obejmuje:

- a) zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych, z wyłączeniem jednej zaległej raty odsetkowej, o której mowa w ppkt. b) w zdaniu poprzedzającym,
- b) odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie,
- c) kar umownych,
- d) dodatkowych opłat manipulacyjnych,
- e) kosztów związanych z zawarciem czy obsługą Umowy Zadłużenia, o ile Kredytobiorca nie zawniósł o ich skredytowanie.

- 10) **Stała Suma Ubezpieczenia** – kwota obowiązująca w tej samej wysokości w całym Okresie Ubezpieczenia.
- 11) **Okres Ubezpieczenia** – okres wskazany w Polisie, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy.
- 12) **Miesiąc Polisy** – okres miesięczny, którego początkiem jest dzień początku Okresu Ubezpieczenia, a w okresach kolejnych – dzień, który datą odpowiada dniowi początku Okresu Ubezpieczenia, a jeżeli takiego dnia nie ma – ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego; powyższy okres upływa z początkiem kolejnego Miesiąca Polisy.
- 13) **Rocznica Polisy** – dzień odpowiadający dniowi początku Okresu Ubezpieczenia w kolejnych Latach Polisy, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się ostatni dzień lutego każdego następnego Roku Polisy.
- 14) **Rok Polisy** – okres roczny między kolejnymi Rocznicami Polisy; pierwszy Rok Polisy rozpoczyna się w dniu początku Okresu Ubezpieczenia, a kolejne Lata Polisy rozpoczynają się w Rocznicę Polisy.
- 15) **Wiek** – ilekroć w OWU jest mowa o wieku albo o tym, że dana osoba ma określoną liczbę lat, oznacza to liczbę ukończonych pełnych lat życia tej osoby.

Umowa Zadłużenia

- 16) **Aktualne Zobowiązanie** – służące do ustalenia wysokości Świadczenia zobowiązanie Kredytobiorcy z tytułu Umowy Zadłużenia, aktualne na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które – w zależności od rodzaju Umowy Zadłużenia - obejmuje:
 - a) w przypadku kredytów/ pożyczek z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania Umowy Zadłużenia – wysokość kapitału pozostałego do spłaty;
 - b) w przypadku limitów w rachunku, limitów w ramach karty kredytowej – wysokość zadłużenia wykorzystanego w ramach dostępnego limitu;
 - c) w przypadku kredytów/ pożyczek spłacanych cyklicznie – wysokość kwoty obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy Zadłużenia obejmującej sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty zgodnie z tym harmonogramem.

Przy ustalaniu wysokości Aktualnego Zobowiązania nie uwzględnia się zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych (poza jedną zaległą ratą odsetkową, jeśli zaległość w jej spłacie nie jest dłuższa niż 30 dni przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego), odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą Umowy Zadłużenia, o ile Kredytobiorca nie zawniósł o ich skredytowanie.

- 17) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, będąca stroną Umowy Zadłużenia zawartej z Kredytodawcą. W ramach OWU, przez Kredytobiorcę rozumie się w szczególności Kredytobiorcę w przypadku Umów Zadłużenia (kredytu), leasingobiorcę (korzystającego) w przypadku Umów Zadłużenia (leasingu) oraz pożyczkobiorcę w przypadku Umów Zadłużenia (pożyczki). Kredytobiorca zawierający Umowę na podstawie tych OWU jest jednocześnie Ubezpieczającym.
- 18) **Kredytodawca** – przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, który w zakresie swojej działalności gospodarczej lub zawodowej zawiera z Kredytobiorcą Umowę Zadłużenia. W ramach OWU, przez Kredytodawcę rozumie się w szczególności bank, spółdzielczą kasę oszczędnościowo-rozliczeniową, fundusz leasingowy (Umowa Zadłużenia – umowa leasingu), przedsiębiorcę udzielającego pożyczek (Umowa Zadłużenia – umowa pożyczki) oraz przedsiębiorcę sprzedającego usługi/ produkty z ratalnym sposobem zapłaty.
- 19) **Umowa Zadłużenia** - umowa zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, w związku z którą zawierana jest niniejsza Umowa. Poprzez Umowę Zadłużenia należy rozumieć umowę o:
 - a) kredyt/ pożyczkę z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania Umowy Zadłużenia;
 - b) limit w rachunku, limit w ramach karty kredytowej,
 - c) kredyt/ pożyczkę spłacane cyklicznie, np. kredyt konsumencki, kredyt hipoteczny, a także umowę leasingu.

Składka

- 20) **Składka** – kwota należna z tytułu Umowy, wpłacana w terminach i wysokości wskazanych w Polisie, stanowiąca sumę składek za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Zdarzenia ubezpieczeniowe i związane z nimi pojęcia

- 21) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.
- 22) **Leczenie Specjalistyczne** - zastosowanie wobec Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela któregośkolwiek z niżej wymienionych zabiegów medycznych:

Leczenie Specjalistyczne	Definicja Leczenia Specjalistycznego objętego ochroną ubezpieczeniową	Dzień zastosowania Leczenia Specjalistycznego
a) Chemioterapia	Metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego z leków przeciwnowotworowych z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.	Podanie pierwszej dawki.
b) Radioterapia	Leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.	Podanie pierwszej dawki promieniowania jonizującego.

Leczenie Specjalistyczne	Definicja Leczenia Specjalistycznego objętego ochroną ubezpieczeniową	Dzień zastosowania Leczenia Specjalistycznego
c) Terapia interferonowa	Podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz Stwardnienia Rozsianego.	Podanie pierwszej dawki leku.
d) Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	Zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – układu elektronicznego z funkcją rozpoznawania i leczenia groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca, po przynajmniej jednym epizodzie groźnej arytmii komorowej serca lub nagłym zatrzymaniu krążenia.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora.
e) Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	Zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – układu elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, z wyłączeniem zabiegów wykonanych w prewencji pierwotnej, tj. bez wcześniejszych epizodów udokumentowanego nagłego zatrzymania serca.	Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora).
f) Wykonanie Ablacji	Zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.	Wykonanie Ablacji.

- 23) **Nieszczęśliwy Wypadek (NW)** - przypadkowe, nagłe zdarzenie w którym uczestniczył Ubezpieczony, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną i niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zawału serca oraz udaru mózgu ani skutków żadnej innej choroby, nawet występującej nagle.
- 24) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej w Szpitalu, 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. Za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:
- oddział intensywnej terapii,
 - oddział intensywnego nadzoru medycznego,
 - salę intensywnej opieki medycznej, tj. 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.
- 25) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym Szpitala, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia do Szpitala, a za ostatni dzień Pobytu w Szpitalu uznaje się dzień wypisu ze Szpitala.
- 26) **Szpital** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (jeżeli państwo, będące na dzień zawarcia Umowy członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa) lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja, wykonywanie zabiegów chirurgicznych.
- 27) **Poważne Zachorowanie** – wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela jednej ze zdefiniowanych i wskazanych w poniższej tabeli jednostek chorobowych:

Poważne Zachorowanie	Definicja Poważnego Zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową	Data wystąpienia Poważnego Zachorowania
Całkowita Utrata Mowy	Całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza specjalistę laryngologa opinii potwierdzającej całkowitą i nieodwracalną charakter Utraty Mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawionej nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia.
Całkowita Utrata Słuchu	Całkowita i nieodwracalna obuustronna utrata słuchu powstała w następstwie Choroby lub Urazu, o ile stan Całkowitej Utraty Słuchu trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza otolaryngologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie obuustronnej Utraty Słuchu, potwierdzonej wynikami audiometrycznymi, wystawionej nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia.
Całkowita Utrata Wzroku	Całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie Choroby lub Urazu.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza okulistę jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie obuocznej Utraty Wzroku wystawionej nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia.
Choroba Alzheimer	Jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimer (demencja przedstarca), które musi zostać potwierdzone przez specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki Choroby Alzheimer i demencji oraz udokumentowane wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu).	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Alzheimer.

Poważne Zachorowanie	Definicja Poważnego Zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową	Data wystąpienia Poważnego Zachorowania
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	<p>Diagnoza musi być uznana za "prawdopodobną", zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) postępująca demencja, 2) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny, 3) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowordzeniowym (CSF), 4) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy. <p>Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego – branie kąpeli/prysznic, ubieranie się, higiena osobista, mobilność, jedzenie/picie, kontrola zwieraczy – albo musi skutkować koniecznością nadzoru i stałej obecności personelu medycznego.</p>	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
Choroba Parkinsona	<p>Jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej choroby Parkinsona, które musi być potwierdzone przez specjalistę.</p> <p>Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), 2) ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), 3) higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), 4) mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), 5) kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), 6) jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków, ale nie przygotowywanie posiłków) <p>lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.</p> <p>Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.</p>	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Parkinsona.
Ciężki Uraz Głowy	<p>Ciężki uraz głowy powodujący zaburzenia pracy mózgu, którego rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę oraz udokumentowane typowymi wynikami badań neuroradiologicznych (np. tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu). Uraz ten musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków, ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.</p> <p>Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.</p>	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii neurologa lub neurochirurga potwierdzająca trwałą niezdolność do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
Łagodny Guz Mózgu	<p>Guz mózgu niesklasyfikowany jako złośliwy, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych.</p> <p>Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego usuniętego guza lub jego części.</p>	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę łagodnego Guza Mózgu wraz z wynikami badań histopatologicznych.
Niedokrwistość Aplastyczna	<p>Jednoznaczne rozpoznanie niewydolności szpiku kostnego potwierdzone przez specjalistę oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja).</p> <p>Choroba musi prowadzić do co najmniej 2 z 3 następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości, i musi wymagać leczenia co najmniej jedną z poniższych metod:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) przetoczenie produktu krwiopochodnego, b) czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego, 	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza hematologa stwierdzająca rozpoznanie choroby wraz z wynikami trepanobiopsji.

Poważne Zachorowanie	Definicja Poważnego Zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową	Data wystąpienia Poważnego Zachorowania
	c) środki immunosupresyjne, d) przeszczep szpiku kostnego.	
Niewydolność Nerek	Stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania pierwszej dializy, rozpoczynającej przewlekłe leczenie dializami albo data przebycia operacji transplantacji nerki.
Nowotwór Złośliwy	Choroba charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki, potwierdzona dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data oceny preparatu przez lekarza histopatologa, podczas której po raz pierwszy zdiagnozowano Nowotwór Złośliwy.
Oparzenia	Termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry właściwej), wymagające hospitalizacji i obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza specjalisty chirurgii zawierającej opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia.
Operacja Aorty	Nie będące wynikiem Urazu, chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszную, a nie jej dalsze odgałęzienia.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu operacyjnego aorty.
Paraliż	Całkowita i nieodwracalna, mająca charakter trwały, utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem Urazu lub Choroby.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania drugiej opinii lekarza specjalisty chorób neurologicznych, zawierającej rozpoznanie, dokładny opis stanu zdrowia oraz rokowanie.
Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Ostra i podostra martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca szybko do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę oraz wyniki badań wykazujące spełnienie co najmniej trzech z poniższych warunków: a) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby, b) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby, c) narastająca żółtaczka, d) encefalopatia wątrobowa, e) rozległa martwica rozplywna.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Poważnego Zachorowania.
Przeszczep Narządu	Leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, płuc lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu operacyjnego Przeszczepu.
Sepsa	Uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową rozumianą jako stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, układ pokarmowy, nerki, wątrobę.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data postawienia diagnozy.
Stwardnienie Rozsiane	Przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, zdiagnozowana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Dla potwierdzenia diagnozy Ubezpieczony 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 Stwardnienia Rozsianego wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania drugiej opinii lekarza specjalisty chorób neurologicznych, potwierdzającej rozpoznanie Poważnego Zachorowania i dająca podstawy takiego rozpoznania.
Śpiączka	Spowodowany chorobą 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	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data początku okresu leczenia Śpiączki.

Poważne Zachorowanie	Definicja Poważnego Zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową	Data wystąpienia Poważnego Zachorowania
	w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.	
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.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data stwierdzenia zakażenia wirusem HIV.
Udar Mózgu	Ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podopajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego lub zawał tkanki mózgowej. Diagnoza musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.	Data wystąpienia Udaru Mózgu potwierdzona wynikami badań diagnostycznych oraz wpisem w dokumentacji medycznej wskazującym dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni.
Utrata Kończyn	Całkowita i trwała utrata dwóch lub więcej kończyn powyżej łokcia/nadgarstka lub stawu kolanowego/skokowego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub przeprowadzenia koniecznej amputacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data amputacji kończyn albo data Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Utratę Kończyn.
Wszczepienie Zastawki Serca	Wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu Wszczepienia Zastawki Serca.
Wymiana Zastawki Serca	Operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca na zastawki sztuczne lub biologiczne. Obejmuje to wymianę zastawki aortalnej, mitralnej, płucnej albo trójdzielnej na zastawki sztuczne. Jest to spowodowane stenozą albo niewydolnością tych zastawek lub wystąpieniem obu tych czynników. Wykonanie operacji wymiany zastawki serca musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu Wymiany Zastawki Serca.
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Operacja kardiologiczna polegająca na wszczepieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. by-passów), wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania Zabiegu Pomostowania Aortalno-Wieńcowego.
Zawał Serca	<ol style="list-style-type: none"> 1) Wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: <ol style="list-style-type: none"> a) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej), b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) powstanie patologicznych załamek Q w EKG, d) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego lub 2) wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy (w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych - angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin, lub 3) wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy (w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych - by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów: <ol style="list-style-type: none"> a) nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, b) udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej, c) dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym. 	Data wystąpienia Zawału Serca potwierdzona wynikami badań diagnostycznych oraz wpisem w dokumentacji medycznej dokonany przez lekarza specjalistę.
Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV	Zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych w Okresie Ubezpieczenia. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data stwierdzenia zakażenia wirusem HIV.

Poważne Zachorowanie	Definicja Poważnego Zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową	Data wystąpienia Poważnego Zachorowania
	6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych.	

28) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w Następstwie NW lub Choroby** - powstała w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będąca następstwem NW lub Choroby, która na podstawie dokumentacji medycznej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez i na koszt Ubezpieczyciela, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Ubezpieczyciela, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia.

Ubezpieczyciel uznaje Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego bez konieczności oceny dokumentacji medycznej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez wskazanego lekarza, w przypadku, gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w Okresie Ubezpieczenia niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w Okresie Ubezpieczenia, sumuje się.

29) **Trwałe Inwalidztwo w Następstwie NW** – powstałe w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku trwałe naruszenie sprawności organizmu powodujące trwałe upośledzenie czynności organizmu, nie rokujące poprawy, wymienione w poniższej Tabeli Trwałego Inwalidztwa w Następstwie NW:

L.p.	Rodzaj uszkodzenia organu lub funkcji organizmu
1.	Utrata wzroku w obojgu oczach
2.	Utrata kończyny górnej i dolnej
3.	Utrata obu przedramion lub obu kończyn górnych
4.	Utrata kończyny górnej i jednego podudzia
5.	Utrata kończyny dolnej i jednego przedramienia
6.	Utrata jednego podudzia i jednego przedramienia
7.	Utrata obu kończyn dolnych
8.	Utrata obu podudzi

30) **Uraz** - uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego.

31) **Wypadek Komunikacyjny (WK)** – Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony jako pieszy, pasażer albo jako kierujący Pojazdem, wywołany ruchem Pojazdu.

32) **Pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU za Pojazd uważa się:

- pojazd lądowy – środek transportu, maszyna lub urządzenie przeznaczone do poruszania się po drodze (w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym) lub po torowisku, będący pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym, z wyłączeniem pojazdu używanego do celów specjalnych,
- pojazd morski – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, wykorzystywane w ruchu wodnym do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych, z wyłączeniem statku podwodnego, platformy wiertniczej, skutera wodnego, jachtu żaglowego z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym,
- pojazd powietrzny – samolot lub śmigłowiec realizujący przewozy lotnicze i należący do licencjonowanych, pasażerskich linii lotniczych.

Świadczenie z tytułu Umowy

33) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.

Dokumenty

34) **Umowa** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU.

35) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Ubezpieczonego oraz Ubezpieczyciela, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe (określone w § 5 – § 10):
 - Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego
 - Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w następstwie NW lub Choroby
 - Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego
 - Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu
 - Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego.
- Po wygaśnięciu odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 2 pkt. 2), 3) i 5), w związku z osiągnięciem przez Ubezpieczonego określonego Wiek, o którym mowa w § 15 ust. 5 pkt 3) – 5), Ubezpieczony zostaje objęty odpowiedzialnością z tytułu Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW.
- Zakres ubezpieczenia jest potwierdzany przez Ubezpieczyciela w Polisie.
- W trakcie trwania Umowy, w każdą Rocznicę Polisy, Ubezpieczający ma prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia poprzez rezygnację z wybranych wcześniej zdarzeń ubezpieczeniowych, wymienionych w ust.2.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia może nastąpić na podstawie wniosku Ubezpieczającego, pod warunkiem, iż zostanie on doręczony Ubezpieczycielowi na 30. dni przed Rocznicą Polisy, od której zmiana ma być dokonana.

7. W przypadku akceptacji przez Ubezpieczyciela zmiany zakresu ubezpieczenia, skutkuje ona zmianą wysokości Składki, obowiązującej od Rocznicy Polisy, od której zakres uległ zmianie oraz zwrotem składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, wyliczonej na zasadach określonych w § 19 ust. 4.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

§ 4

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła z dowolnej przyczyny.

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz – w zależności od rodzaju Umowy Zadłużenia i wysokości Sumy Ubezpieczenia – nieukończone odpowiednio 61 lat albo 85 lat.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia wskazanej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 16 ust. 2 - 3.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - 1) którego wiek w dniu jego śmierci przekraczał 70. rok życia, oraz
 - 2) która nastąpiła z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek,Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 10 % Sumy Ubezpieczenia.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 5

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz – w zależności od rodzaju Umowy Zadłużenia i wysokości Sumy Ubezpieczenia – nieukończone odpowiednio 61 lat albo 85 lat.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego, pod warunkiem, że zarówno śmierć jak i Wypadek Komunikacyjny miały miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 16 ust. 2 - 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

§ 6

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz nieukończone 61 lat.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby, pod warunkiem, że zarówno wystąpienie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy jak i Nieszczęśliwy Wypadek lub Choroba miały miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby wygasa w dniu wypłaty Świadczenia z tego tytułu.

Wysokość Świadczenia

4. W razie wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, z zastrzeżeniem § 16 ust. 1 - 5.
5. Za dzień wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, uznaje się:
 - 1) w przypadku braku orzeczenia o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego - dzień wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku albo dzień zdiagnozowania Choroby, w zależności od przyczyny powstania Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku posiadania przez Ubezpieczonego orzeczenia o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy - dzień wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, wskazany w tym dokumencie.
6. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 7

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz nieukończone 56 lat.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania objęte są niżej wymienione jednostki chorobowe powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - 1) Całkowita Utrata Mowy

- 2) Całkowita Utrata Słuchu
- 3) Całkowita Utrata Wzroku
- 4) Choroba Alzheimera
- 5) Choroba Creutzfeldta-Jakoba
- 6) Choroba Parkinsona
- 7) Ciężki Uraz Głowy
- 8) Łagodny Guz Mózgu
- 9) Niedokrwistość Aplastyczna
- 10) Niewydolność Nerek
- 11) Nowotwór Złośliwy
- 12) Oparzenia
- 13) Operacja Aorty
- 14) Paraliż
- 15) Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby
- 16) Przeszczep Narządu
- 17) Sepsa
- 18) Stwardnienie Rozsiane
- 19) Śpiączka
- 20) Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV
- 21) Udar Mózgu
- 22) Utrata Kończyn
- 23) Wszczepienie Zastawki Serca
- 24) Wymiana Zastawki Serca
- 25) Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)
- 26) Zawał Serca
- 27) Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV,

z zastrzeżeniem zdarzeń niepodlegających ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania, wskazanych w poniżej tabeli:

Poważne zachorowanie	Zdarzenia niepodlegające ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania
Całkowita Utrata Mowy	Całkowita utrata mowy o podłożu psychogennym.
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Jatrogenna i rodzinna postać Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariant Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
Choroba Parkinsona	Wszystkie pozostałe postaci parkinsonizmu poza idiopatyczną lub pierwotną choroby Parkinsona.
Łagodny Guz Mózgu	Krwiaki, torbiele, cysty, ziarniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki lub rdzenia kręgowego.
Niedokrwistość Aplastyczna	Izolowana aplazja linii erytropoetycznej oraz anemia aplastyczna będąca skutkiem chemioterapii lub radioterapii nowotworów.
Niewydolność Nerek	Ostra niewydolność nerek, w tym niewydolność powstała wskutek zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.
Operacja Aorty	Operacje odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny oraz przezskórna implantacja stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby.
Przeszczep Narządu	Przeszczep narządu sztucznego lub fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.
Sepsa	<ul style="list-style-type: none"> – ciężka Sepsa, która wystąpiła w czasie chemioterapii lub radioterapii przeciwnowotworowej lub w okresie neutropenii po chemioterapii lub radioterapii – ciężka Sepsa u chorego z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
Śpiączka	– powstała wskutek Poważnego Zachorowania wskazanego w ust. 1 pkt 1) -18) oraz 20) – 26).
Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV	W przypadku, kiedy przetoczenie, które spowodowało zakażenie, było przeprowadzane u chorego na hemofilię lub poddawanego przewlekłym dializom.

Poważne zachorowanie	Zdarzenia niepodlegające ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania
Udar Mózgu	<ul style="list-style-type: none"> – przejściowe ataki niedokrwienne mózgu (TIA), – przedłużone odwracalne niedokrwienne ubytki neurologiczne (PRIND), – objawy mózgowie spowodowane migreną, – zaburzenia ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego, – uszkodzenia mózgu spowodowane Urazem (np. stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), – uszkodzenia mózgu wskutek niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. wskutek zatrzymania krążenia lub oddechu), – udar mózgu zdiagnozowany jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, – skutki choroby dekompresyjnej, – uszkodzenia mózgu spowodowane przewlekłym niedokrwieniem.
Wszczepienie Zastawki Serca	Operacja naprawcza, rekonstrukcja zastawki, plastyka zastawki, walwulotomia.
Wymiana Zastawki Serca	Naprawa zastawki serca, walwulotomia, walwuloplastyka.
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Zabiegi przeszłokrojnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), każde inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu oraz każde inne operacje mające na celu leczenie innych chorób serca oraz zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.
Zawał Serca	Zawał Serca, który jest drugim lub kolejnym Zawałem Serca w życiu Ubezpieczonego.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za dany rodzaj Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 4 - 6.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia ponownie danego rodzaju Poważnego Zachorowania, które wystąpiło wcześniej w okresie odpowiedzialności i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
5. Wystąpienie kolejnego Poważnego Zachorowania wymienionego w ust. 2 pkt. 1) -27) jest objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z Poważnym Zachorowaniem, które wystąpiło wcześniej w okresie odpowiedzialności i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
6. W przypadku wystąpienia Zawału Serca i Zabiegu Chirurgicznego Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia tylko z jednego z tych Poważnych Zachorowań, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do drugiego z tych Poważnych Zachorowań wygasa.

Wysokość Świadczenia

7. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Poważnego Zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania wskazanego w § 2 ust. 1 pkt 27), z zastrzeżeniem § 16 ust. 1 - 4.
8. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

§ 8

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz nieukończone 56 lat.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu objęte są następujące zdarzenia:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli oba te zdarzenia, tj. Pobyt w Szpitalu jak i Nieszczęśliwy Wypadek, miały miejsce w okresie odpowiedzialności, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo - skutkowy;
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności, a pomiędzy Pobylem w Szpitalu i Chorobą wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy;
 - 3) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby, jeżeli wszystkie te zdarzenia miały miejsce w okresie odpowiedzialności, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo - skutkowy, przy czym Pobyt Ubezpieczonego na OIOM musi trwać co najmniej:
 - a) 2 dni – w przypadku Pobytu na OIOM w wyniku NW,
 - b) 3 dni – w przypadku Pobytu na OIOM w wyniku Choroby.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu w Szpitalu w wyniku NW albo Pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu w Szpitalu w wyniku NW albo Pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.
4. W przypadku kilkukrotnego Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w ramach danego, trwającego nieprzerwanie Pobytu w Szpitalu w wyniku NW lub Choroby, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do wypłaty Świadczenia z tytułu pierwszego pobytu Ubezpieczonego na OIOM.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za nie więcej, niż 14 dni Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

6. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu, która stanowi stawkę za jeden dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, z zastrzeżeniem § 16 ust. 2 – 4 i § 16 ust. 6.
7. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu na OIOM i Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM, która stanowi stawkę za jeden dzień Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, z zastrzeżeniem § 16 ust. 2 – 4 i § 16 ust. 6.
8. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie również za te dni Pobytu w Szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu okresu odpowiedzialności, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 3.
9. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego na OIOM rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, które miały miejsce po zakończeniu okresu odpowiedzialności, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 5.
10. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

§ 9

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz nieukończone 61 lat.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Leczenia Specjalistycznego objęte jest zastosowanie wobec Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności z tytułu tego zdarzenia któregośkolwiek z niżej wymienionych zabiegów medycznych:
 - 1) Chemioterapia
 - 2) Radioterapia
 - 3) Terapia interferonowa
 - 4) Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora
 - 5) Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)
 - 6) Wykonanie Ablacji.
3. W okresie odpowiedzialności z tytułu Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty tylko jednego Świadczenia za dany zabieg medyczny, wymieniony w ust. 2 pkt 1) – 6).

Wysokość Świadczenia

4. W przypadku zastosowania wobec Ubezpieczonego danego Leczenia Specjalistycznego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na dzień zastosowania danego Leczenia Specjalistycznego, z zastrzeżeniem § 16 ust. 1 – 4.
5. W przypadku jednoczesnego zastosowania Radioterapii i Chemioterapii, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie.
6. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NW

§ 10

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW, pod warunkiem, że oba te zdarzenia, tj. wystąpienie Trwałego Inwalidztwa jak i Nieszczęśliwy Wypadek, miały miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW rozpoczyna się po wygaśnięciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych określonych § 3 ust. 2 pkt 2), 3) i 5) i może trwać nie dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW wygasa w dniu wypłaty Świadczenia z tego tytułu.

Wysokość Świadczenia

4. W przypadku wystąpienia Trwałego Inwalidztwa w Następstwie NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia, wskazanej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 16 ust. 2 – 4.
5. Wysokość Świadczenia odpowiada Sumie Ubezpieczenia określonej dla zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych § 3 ust. 2 pkt 2), 3) i 5), w zależności od tego, po którym z tych zdarzeń rozpoczęła się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW.
6. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 24 - 25.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 11

1. Umowa może być zawarta wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz – w zależności od rodzaju Umowy Zadłużenia – nieukończone odpowiednio 61 lat albo 85 lat. Wiek Ubezpieczonego określony jest odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych dostępnych w ramach Umowy.
2. Warunkiem zawarcia Umowy jest łączne spełnienie następujących przesłanek:
 - 1) złożenie prawidłowo wypełnionego, kompletnego wniosku o zawarcie Umowy, podpisanego przez Ubezpieczającego oraz osobę, która ma być Ubezpieczonym,

- 2) na wniosek Ubezpieczyciela - wypełnienie dodatkowych formularzy, dostarczenie dodatkowej dokumentacji medycznej oraz na żądanie i koszt Ubezpieczyciela - poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela, w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela,
- 3) akceptacja wniosku o zawarcie Umowy przez Ubezpieczyciela.

Jednym z etapów rozpatrywania wniosku jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego. Dokonujemy jej na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Ciebie we wniosku, ale możemy też poprosić o podanie dodatkowych informacji lub o poddanie się badaniom medycznym na nasz koszt.

3. Ubezpieczyciel może zwrócić wniosek o zawarcie Umowy do uzupełnienia – w przypadku niewypełnienia wniosku, zgodnie z ust. 2 pkt 1), lub zażądać dodatkowych dokumentów i informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o zawarciu Umowy.
4. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy, jak również dodatkowych informacji podanych na zapytanie Ubezpieczyciela oraz w innych dokumentach dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w tym wyników badań medycznych wykonanych na zlecenie Ubezpieczyciela, dokonywana jest ocena ryzyka. Po przeprowadzeniu oceny ryzyka Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo zaproponowania przed zawarciem Umowy warunków innych niż określone w OWU.

Twój wniosek jest ważny przez 90 dni

5. W przypadku niewypłynięcia dodatkowych dokumentów i informacji, o których mowa w ust. 2, ważność wniosku o zawarcie Umowy wygasa z upływem 90. dni od daty jego sporządzenia. Data sporządzenia wniosku o zawarcie Umowy jest wskazana w tym wniosku.
6. Ubezpieczyciel ma prawo nie zaakceptować wniosku o zawarcie Umowy i odmówić jej zawarcia. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę w terminie 7. dni od dnia odmowy.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 12

W okresie pomiędzy złożeniem przez Ciebie wniosku o zawarcie Umowy a wystawieniem Polisy, obejmujemy życie Ubezpieczonego tymczasową ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że wpłacona zostanie Składka.

1. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW i nie obejmuje dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa polega na tym, że w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie NW, z zastrzeżeniem ust. 6, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej kwotę w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy, jednak nie więcej niż 30 000 PLN (trzydzieści tysięcy złotych), pod warunkiem, że zarówno śmierć Ubezpieczonego, jak i Nieszczęśliwy Wypadek będący jej przyczyną, zajdą w okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie przypadków, gdy Ubezpieczający złożył kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o zawarcie Umowy i zapłacił Składkę w pełnej wysokości.
3. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczający złożył kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o zawarcie Umowy,
 - 2) Ubezpieczający zapłacił w pełnej wysokości Składkę, zadeklarowaną we wniosku o zawarcie Umowy.
4. Składka, zadeklarowana we wniosku o zawarcie Umowy, uwzględnia koszt udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje automatycznie we wskazanych niżej terminach, w przypadku wystąpienia któregokolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) zawarcie Umowy – z upływem dnia bezpośrednio poprzedzającego dzień początku Okresu Ubezpieczenia,
 - 2) niezawarcie Umowy – z upływem dnia doręczenia wnioskodawcy zawiadomienia Ubezpieczyciela o odmowie zawarcia Umowy, zgodnie z § 11 ust. 6 lub zgłoszenia przez wnioskodawcę sprzeciwu, o którym mowa w § 13 ust. 3,
 - 3) upływ ważności wniosku o zawarcie Umowy – z upływem dnia, w którym wniosek o zawarcie Umowy utracił ważność zgodnie z § 11 ust. 5,
 - 4) śmierć Ubezpieczonego przed dniem początku Okresu Ubezpieczenia – z dniem śmierci Ubezpieczonego.

Poniżej znajdziesz listę przypadków, w których odmówimy wypłaty Świadczenia z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej

6. Świadczenie z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej nie przysługuje, gdy Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego spowodowany został lub zaszedł w następstwie:
 - 1) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (rozumianego jako stan, w którym zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,5‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,25 mg alkoholu w 1 dm³) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
 - 3) samobójstwa Ubezpieczonego,
 - 4) wojny, działań wojennych, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach (chyba, że uczestnictwo Ubezpieczonego wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej),
 - 5) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo sportów spadochronowych, lotniarstwa, paralotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa, sportów motocyklowych, sportów motorowodnych, wspinaczki skałkowej i wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu pozatrasowego, speleologii, nurkowania z użyciem sprzętu specjalistycznego, kitesurfingu, sportów walki lub czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych.
7. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli nie doszło do zawarcia Umowy i jednocześnie nie przysługuje Świadczenie z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zwraca w całości wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę.

WYSTAWIENIE POLISY

§ 13

Po podjęciu pozytywnej decyzji w sprawie zawarcia Umowy, potwierdzimy jej zawarcie wystawiając Polisę.

1. Z zastrzeżeniem prawa do odmowy zawarcia Umowy, Ubezpieczyciel potwierdza zawartą Umowę oraz wskazuje dzień i godzinę początku Okresu Ubezpieczenia, wystawiając Polisé. Jeśli w Polisie nie wskazano godziny, przyjmuje się, że początek Okresu Ubezpieczenia rozpoczyna się od godz. 00:00 wskazanego dnia.
2. Wskazanie w Polisie dnia i godziny początku Okresu Ubezpieczenia następuje niezwłocznie, nie później, niż w terminie 7. dni po spełnieniu łącznie warunków wskazanych w § 11 ust. 2. Ubezpieczyciel doręcza Polisé Ubezpieczającemu niezwłocznie po jej wystawieniu.

Masz prawo sprzeciwić się warunkom wskazanym w Polisie, których nie ma w OWU lub we wniosku o zawarcie Umowy, jeśli uważasz, że są dla Ciebie niekorzystne. Masz na to 7 dni, licząc od dnia doręczenia Polisy. Pamiętaj jednak, że złożenie sprzeciwu spowoduje, że Umowa nie zostanie zawarta.

3. W przypadku, gdy Polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy lub OWU, Ubezpieczyciel przy doręczeniu Polisy pisemnie powiadamia o tym Ubezpieczającego, wyznaczając mu siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
4. W przypadku braku sprzeciwu wskazanego w ust. 3, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie wyznaczonego siedmiodniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu. W razie zgłoszenia sprzeciwu wskazanego w ust. 3, Umowa nie zostanie zawarta i Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu Składkę w terminie 7. dni od dnia otrzymania sprzeciwu.
5. Zawarcie Umowy następuje z dniem wskazanym w Polisie.

CZAS TRWANIA UMOWY/OKRES UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Umowa zawierana jest na czas określony (Okres Ubezpieczenia), zależny od rodzaju i czasu trwania Umowy Zadłużenia.
2. Okres Ubezpieczenia potwierdzany jest przez Ubezpieczyciela w Polisie.
3. W szczególnym przypadku, gdy czas trwania Umowy jest krótszy niż czas trwania Umowy Zadłużenia, na potrzeby której Umowa została zawarta, najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy na kolejny taki sam okres wraz ze wskazaniem zakresu ubezpieczenia, Sumy Ubezpieczenia oraz nowej wysokości Składki. Opłacenie Składki we wskazanej przez Ubezpieczyciela wysokości będzie uznane za wyrażenie zgody na przedłużenie Umowy na zaproponowanych warunkach.
4. W ramach danej Umowy Zadłużenia Ubezpieczający może zawrzeć tylko jedną Umowę, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy Umowa Zadłużenia została zawarta przez dwóch lub więcej Kredytobiorców, wówczas Umowa może być zawarta odrębnie na rzecz każdego z nich.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 15

Okres odpowiedzialności z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wybranych przez Ciebie może być różny. Szczegóły dotyczące okresu odpowiedzialności w ramach każdego ze zdarzeń znajdziesz w Polisie.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych rozpoczyna się we wskazanych w Polisie dniach, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego Składki najpóźniej w dniu wskazanym w Polisie jako początek Okresu Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 16 ust. 1.
2. W przypadku nieopłacenia Składki w terminie, o którym mowa w ust. 1, nie dochodzi do rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a Umowa rozwiązuje się ze skutkiem natychmiastowym, zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 4.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia Trwałego Inwalidztwa w Następstwie NW rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym ustała odpowiedzialność z tytułu jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby,
 - 2) Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego,
 - 3) Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego,
 w związku z osiągnięciem przez Ubezpieczonego określonego wieku, wskazanego w ust. 5 pkt 3 – 5, z zastrzeżeniem, że w przypadku, gdy Ubezpieczony jest objęty ochroną z tytułu więcej niż jednego z ww. zdarzeń ubezpieczeniowych, to odpowiedzialność z tytułu Trwałego Inwalidztwa w Następstwie NW rozpoczyna się odpowiednio po wygaśnięciu odpowiedzialności każdego z nich.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa na skutek upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta, ale nie później niż w najwcześniejszym z następujących dni:
 - 1) dniu odstąpienia od Umowy, zgodnie z § 17,
 - 2) dniu, w którym upływa okres wypowiedzenia, zgodnie z § 18,
 - 3) dniu rozwiązania Umowy, zgodnie z § 19.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wygasa zgodnie z poniższymi zasadami:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Koniec okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu danego zdarzenia
1) Śmierć Ubezpieczonego	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień poprzedzający Rocznicę Polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia
2) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku WK	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień poprzedzający Rocznicę Polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia

3) Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w Następstwie NW lub Choroby	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień wypłaty Świadczenia, zgodnie z § 6 ust. 2, • dzień ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia
4) Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień ukończenia przez Ubezpieczonego 60. roku życia
5) Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia
6) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień ukończenia przez Ubezpieczonego 60. roku życia – w przypadku Pobytu w Szpitalu lub Pobytu na OIOM w wyniku Choroby • dzień poprzedzający Rocznicę Polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia – w przypadku Pobytu w Szpitalu lub Pobytu na OIOM w wyniku NW
7) Trwałe Inwalidztwo w następstwie NW	Do wcześniejszej z dat: <ul style="list-style-type: none"> • data końca okresu odpowiedzialności wskazana w Polisie, • dzień wypłaty Świadczenia, zgodnie z § 10 ust. 3, • dzień poprzedzający Rocznicę Polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia

Przedłużanie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w przypadku zdarzeń, których okres odpowiedzialności wygasa w trakcie trwania Umowy

- Jeżeli okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż śmierć Ubezpieczonego jest krótszy niż czas trwania Umowy, może on zostać przedłużony na kolejny taki sam okres, na zasadach określonych w ust. 7 – 9, z uwzględnieniem maksymalnego Wieku Ubezpieczonego, do którego może trwać ochrona ubezpieczeniowa z tytułu danego zdarzenia, wskazanego w tabeli w ust. 5.
- Jeżeli w zakresie ubezpieczenia danej Umowy zostały wskazane zdarzenia, o których mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel na 30 dni przed Rocznicą Polisy, od której odpowiedzialność Ubezpieczyciela zakończy się w stosunku do danego zdarzenia, przekaże Ubezpieczającemu informację o możliwości przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej i zaproponuje nowe warunki: zakres ubezpieczenia, wysokość Sum Ubezpieczenia i Składki obowiązujące w kolejnym okresie odpowiedzialności.
- Ubezpieczający może nie wyrazić zgody na nową wysokość Składki i przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danego zdarzenia, informując o tym Ubezpieczyciela w terminie do 7. dni przed Rocznicą Polisy, od której ochrona ubezpieczeniowa z tytułu danego zdarzenia ma zostać przedłużona, najpóźniej przed dniem zapłaty pierwszej Składki w kolejnym Roku Polisy.
- Brak sprzeciwu w terminie wskazanym w ust. 8 lub wpłata Składki w nowej, wskazanej przez Ubezpieczyciela wysokości, będą uznane za wyrażenie zgody na przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 16

Ograniczenia odpowiedzialności oznaczają sytuację, w której wypłacimy Świadczenie wyłącznie w przypadku zdarzeń, które nastąpiły wskutek NW.

Wyłączenia odpowiedzialności oznaczają listę przypadków, w których nie wypłacimy Świadczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w okresie pierwszych miesięcy/lat Umowy

- W okresie pierwszych 3. miesięcy od początku Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zastosowania w Ubezpieczonego Specjalistycznego Leczenia, a w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby oraz Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela w tym okresie ograniczona jest do zdarzeń powstałych w wyniku NW.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy i które nie zostały podane do jego wiadomości lub podano je nieprawdziwie, a w szczególności, gdy została zatajona Choroba Ubezpieczonego (z wyjątkiem przypadku, gdy Umowa została zawarta mimo braku odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela). Powyższe wyłączenie odpowiedzialności dotyczy sytuacji, gdy do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy, które nastąpiło na skutek tych okoliczności, doszło w ciągu trzech lat od zawarcia Umowy.

Wyłączenia odpowiedzialności dla wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową

Poniżej znajdziesz listę okoliczności, które spowodują brak wypłaty jakiegokolwiek ze świadczeń z tytułu Umowy, o ile miały wpływ na zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

- W odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy (określonych w § 4 - § 10), Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zdarzenia te spowodowane zostały lub zaszły w następstwie okoliczności wymienionych poniżej (o ile te okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową):
 - wojny, działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroru, aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach, chyba że uczestnictwo w nich wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - popętnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
 - samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy,

- 5) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy zawodowej, w której występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje) lub czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe) lub wykonywania pracy zawodowej na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią, prac pod wodą,
- 6) zatrucia, choroby lub schorzenia spowodowanych spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych - w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), z wyjątkiem zażywania ich zgodnie z zaleceniami lekarza.

Wyłączenia odpowiedzialności dla zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową innych niż śmierć Ubezpieczonego

Poniższe przypadki okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność nie dotyczą śmierci Ubezpieczonego (§ 4).

Pamiętaj, że dla zdarzeń wymienionych w poniższym ustępie, zastosowanie będą miały również wyłączenia opisane w ust. 3.

4. W odniesieniu do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy (określonych w § 5 - § 10) innych niż śmierć Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zdarzenia te spowodowane zostały lub zaszły w następstwie okoliczności wymienionych poniżej (o ile te okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową):
 - 1) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (przez co uznaje się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm³), środków odurzających lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę albo usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, bez względu na stan poczytalności Ubezpieczonego,
 - 3) lekomanii, chorób umysłowych lub zaburzeń psychicznych (w tym nerwicy i depresji), niepełnosprawności intelektualnej lub zaburzeń zachowania,
 - 4) wypadku lotniczego, z wyłączeniem przypadku, gdy Ubezpieczony podróżował jako pasażer licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdu bez posiadania odpowiednich uprawnień wymaganych przepisami prawa, Pojazdu nie posiadającego aktualnych badań technicznych lub nie dopuszczonego do ruchu lub użytkowania,
 - 6) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego: sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
 - 7) wystąpienia chorób zawodowych,
 - 8) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 9) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
 - 10) leczenia lub zabiegów leczniczych wykonywanych przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
 - 11) odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub nie wykonano badań z innych powodów, a w obu tych przypadkach w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędu o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez Ubezpieczonego.

Dodatkowe wyłączenia odpowiedzialności w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby

Pamiętaj, że dla zdarzeń wymienionych w poniższym ustępie, zastosowanie będą miały również wyłączenia opisane w ust. 3 - 4.

5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby, o której mowa w § 6, jeżeli Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy spowodowana została lub nastąpiła wskutek wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych jako: artysty cyrkowego, kaskadera, członka zespołu ratownictwa medycznego, górskiego i wodnego, osoby pracującej przy napięciu powyżej 230 V, funkcjonariusza ABW, CBŚP, CBA lub SOP, funkcjonariusza służby więziennej, korespondenta wojennego, opiekuna, tresera lub hodowcę zwierząt niebezpiecznych, osoby pracującej pod wodą albo pod ziemią, osoby pracującej na wysokości powyżej 5 metrów, osoby zajmującej się transportem ładunków niebezpiecznych, osoby zawodowo zajmującej się bronią palną, materiałami wybuchowymi lub łatwopalnymi, osoby pracującej w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe typu wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje, personel platform wiertniczych i statków morskich, policjanta, strażnika miejskiego, strażaka, żołnierza, ochroniarza z pozwoleniem na broń, konwojenta przedmiotów wartościowych i pieniędzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Dodatkowe wyłączenia odpowiedzialności w przypadku Pobytu w Szpitalu

Pamiętaj, że dla zdarzeń wymienionych w poniższym ustępie, zastosowanie będą miały również wyłączenia opisane w ust. 3 - 4.

6. W odniesieniu do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, o których mowa w § 8, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na OIOM:
 - 1) miał miejsce w oddziale lub jednostce sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej albo ośrodka wypoczynkowym, hospicjum, domu opieki, ośrodka albo innej jednostce (niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i podmiotu, który je tworzy i utrzymuje) prowadzącej działalność profilaktyczną, diagnostyczną, leczniczą lub odwykową albo inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych albo alkoholowych, leczenia chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań lub następstw),
 - 2) spowodowany został lub zaszedł w następstwie:
 - a) ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleń, utraty przytomności,
 - b) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - c) rutynowych badań lekarskich, badań okresowych, chyba że przyczyną ich wykonania jest Choroba,
 - d) leczenia lub zabiegów stomatologicznych, chyba że przyczyną ich wykonania jest NW,
 - e) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - f) ciąży i jej powikłań, poronienia, usunięcia ciąży, porodu, położu, z wyjątkiem przypadków, gdy: zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka lub poród miał przebieg patologiczny lub nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
 - g) zabiegów chirurgii kosmetycznej i plastycznej nierfundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - h) pobytu obserwacyjnego, chyba, że był spowodowany NW,

- i) konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia,
- j) wystąpienia dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- k) prowadzenia jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
- l) leczenia lub operacji, które nie są medyczną koniecznością.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 17

Po otrzymaniu Polisy masz prawo do odstąpienia od Umowy – wtedy Umowa nie dojdzie do skutku.

Okres na odstąpienie to 30 dni, licząc od zawarcia Umowy (ale jeżeli jesteś przedsiębiorcą, wówczas masz tylko 7 dni na decyzję)

1. Z zastrzeżeniem siedmiodniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu, o którym mowa w § 13 ust. 3, jeżeli Umowa jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 30. dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7. dni, licząc od dnia zawarcia Umowy wskazanego w Polisie. W przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 3, termin na odstąpienie liczony jest od daty upływu terminu na zgłoszenie sprzeciwu. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego, będącego konsumentem, o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa powyżej, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie staje się skuteczne z dniem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu.

Wysokość kwoty do wypłaty

3. W przypadku odstąpienia od Umowy Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od dnia złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 18

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie jej trwania.
2. Wypowiedzenie Umowy polega na złożeniu Ubezpieczycielowi oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy w formie pisemnej lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami. Okres wypowiedzenia kończy się z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu.

ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 19

Umowa trwa do dnia wskazanego w Polisie, ale może być rozwiązana wcześniej w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo na skutek Twojej decyzji, albo zaniechania opłacania Składek. Poniżej znajdziesz dokładne informacje na ten temat.

1. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek:
 - 1) złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego – z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 4) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki, o której mowa w § 21 ust. 6 i ust. 7 pkt. 1) w pełnej wysokości najpóźniej w dniu wskazanym w Polisie - z dniem wskazanym w Polisie jako początek Okresu Ubezpieczenia,
 - 5) niezapłacenia przez Ubezpieczającego innej niż pierwsza Składki, o której mowa w § 21 ust. 7 pkt. 2) w pełnej wysokości (jeżeli Składka jest opłacana regularnie) w terminie, o którym mowa w § 21 ust. 9, wskazanym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty zaległej Składki - z upływem ostatniego dnia tego terminu,
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego 85 lat – z dniem poprzedzającym Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia,
 - 7) wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – jeśli Ubezpieczyciel nie potwierdził swojej pełnej odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 1 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 8) rozwiązania Umowy Zadłużenia, w szczególności w związku z wcześniejszą spłatą zobowiązania lub postawieniem zobowiązania przez Kredytodawcę w stan natychmiastowej wymagalności – z dniem rozwiązania Umowy Zadłużenia,
 - 9) upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta – z ostatnim dniem Okresu Ubezpieczenia wskazanym w Polisie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w najwcześniejszym z powyżej wskazanych dni.
3. W przypadku rozwiązania Umowy, Ubezpieczyciel zwraca wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 4
4. Wysokość przysługującej do zwrotu Składki zależy od częstotliwości opłacania Składki oraz od rodzaju Umowy Zadłużenia, zgodnie z poniższym:
 - 1) w przypadku Umowy ze Składką opłaconą jednorazowo, która zabezpiecza Umowę Zadłużenia spłacaną cyklicznie, wysokość przysługującej do zwrotu Składki za dane zdarzenie ubezpieczeniowe, w którym Świadczenie ustalane jest w oparciu o Kredytową Sumę Ubezpieczenia, jest wyliczana zgodnie ze wzorem:

$$\text{Składka do zwrotu} = \text{Składka pobrana} * \left(1 - \frac{\text{rzeczywista ilość dni udzielania ochrony}}{\text{ilość dni ochrony ubezpieczeniowej, za którą pobrano składkę}}\right)^2$$

- 2) w pozostałych przypadkach, wysokość Składki do zwrotu jest wyliczana proporcjonalnie do okresu, za który jest nienależna.

5. Wypowiedzenie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 20

Suma Ubezpieczenia to kwota, która służy ustaleniu wysokości Świadczenia. Znajdziesz ją w Polisie.

1. W zależności od rodzaju Umowy Zadłużenia, wysokość Świadczenia za poszczególne zdarzenia ubezpieczeniowe, objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach danej Umowy, jest ustalana w oparciu o Stałą Sumę Ubezpieczenia albo Kredytową Sumę Ubezpieczenia.
2. Rodzaj i wysokość Sumy Ubezpieczenia jest wskazywana we wniosku o zawarcie Umowy i potwierdzana przez Ubezpieczyciela w Polisie.

SKŁADKA

§ 21

1. Wysokość Składki jest obliczana przez Ubezpieczyciela, w szczególności, na podstawie:
 - 1) wysokości Aktualnego Zobowiązania i Sumy Ubezpieczenia,
 - 2) częstotliwości opłacania Składki,
 - 3) wyników oceny ryzyka,
 - 4) długości okresu, na jaki ma zostać zawarta Umowa,
 - 5) Wieku Ubezpieczonego,
 - 6) zakresu ubezpieczenia.
2. Składka stanowi sumę Składek za poszczególne zdarzenia ubezpieczeniowe.
3. Wysokość Składki jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela w Polisie.
4. Składka może być płatna regularnie z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną, roczną albo jednorazowo za cały Okres Ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Składki w terminie płatności wskazanym w Polisie.
6. Składka płatna jednorazowo opłacana jest najpóźniej w dniu wskazanym w Polisie jako początek Okresu Ubezpieczenia. Brak zapłaty tej Składki w powyższym terminie skutkuje wypowiedzeniem Umowy przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym.
7. W przypadku Składek płatnych regularnie:
 - 1) pierwsza Składka opłacana jest najpóźniej w dniu wskazanym w Polisie jako początek Okresu Ubezpieczenia. Brak zapłaty pierwszej Składki w powyższym terminie skutkuje wypowiedzeniem Umowy przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym;
 - 2) kolejne Składki opłacane są z góry, nie później niż do pierwszego dnia okresu, za który są należne.
8. Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela. Za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień, w którym Składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela w pełnej wysokości należnej za dany okres.
9. W przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki płatnej regularnie w pełnej wysokości w terminie, o którym mowa w ust. 7 pkt. 2), Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki w pełnej wysokości w dodatkowym terminie, kończącym się w 30. dniu, licząc od pierwszego dnia okresu, za który Składka jest należna oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia Składki w dodatkowym terminie.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 22

1. W razie śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie na rzecz Uposażonego.
2. W przypadku zdarzeń objętych ochroną, innych niż śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego w wyniku WK, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego.

UPOSAŻENI

§ 23

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać, zmienić lub odwołać Uposażonego. Oświadczenie o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego, zawierające datę i podpis osoby uprawnionej do wskazania Uposażonego, wywołuje skutki prawne od dnia jego doręczenia Ubezpieczycielowi.
3. W przypadku wyznaczenia więcej niż jednego Uposażonego, wymagane jest określenie procentowego udziału każdego ze wskazanych Uposażonych w kwocie Świadczenia z tytułu Śmierci, z dokładnością do 1%.
4. Jeżeli osoba uprawniona do wskazania Uposażonego, o której mowa w ust. 2, wskazała więcej niż jednego Uposażonego i nie określiła procentowego udziału każdego z nich w kwocie Świadczenia, uznaje się, że wszystkie procentowe udziały w wypłacanym Świadczeniu są równe.
5. W przypadku, gdy Uposażony Główny albo Uposażony Zastępczy zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z nim, wskazanie tego Uposażonego uznaje się za bezskuteczne, a jego udział dolicza się proporcjonalnie do udziału pozostałych wskazanych odpowiednio Uposażonych Głównych albo Uposażonych Zastępczych.
6. W razie śmierci Ubezpieczonego i braku Uposażonego, Świadczenie wypłacane jest na rzecz członków rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 3) rodzice Ubezpieczonego – w częściach równych,

- 4) rodzeństwo Ubezpieczonego – w częściach równych,
- 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, nie wymienieni w pkt 1) – 4), z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. W przypadku wskazanym w ust. 6, Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest na rzecz osoby wymienionej w kolejnym punkcie wyłącznie w sytuacji, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego lub nie przysługuje jej powyższe Świadczenie na podstawie ust. 5. Za osobę, która nie dożyła śmierci Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W przypadku wskazanym w zdaniu pierwszym, stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 6.

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 24

Zdarzenie ubezpieczeniowe można do nas zgłosić:

korespondencyjnie - na adres naszej siedziby,

pocztą elektroniczną - na adres e-mail wskazany na naszej stronie internetowej www.viennialife.pl,

osobiście - w naszej siedzibie,

telefonicznie – poprzez Infolinię.

1. Ubezpieczający lub uprawniony z Umowy jest zobowiązany zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7. dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie był on osobą występującą z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Wszelkie dokumenty wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Wypłata nastąpi w ciągu 30. dni od dnia otrzymania zgłoszenia. Jeżeli jednak okoliczności zdarzenia nie będą wystarczająco wyjaśnione, a dokumenty będą nieprawidłowe lub niekompletne, wówczas wypłacimy pieniądze dopiero po ostatecznym ustaleniu naszej odpowiedzialności, ale nie później niż w ciągu 14 dni od momentu wyjaśnienia sprawy.

4. Świadczenie wypłacane jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 30. dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku, gdy w terminie wskazanym w ust. 4, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości przysługującego Świadczenia okazałyby się niemożliwe, Świadczenie wypłacane jest w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże wypłata bezspornej części Świadczenia następuje w terminie określonym w ust. 4.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel poinformuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie on był osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części w terminie wskazanym w ust. 4.
7. W przypadku całkowitej lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczającego, jeżeli nie on był osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 25

W celu usprawnienia procesu prosimy o korzystanie z formularzy Vienna Life. Znajdziesz je na naszej stronie internetowej.

1. W zależności od zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostanie ustalona na podstawie poniższych dokumentów:

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Śmierci Ubezpieczonego 2. Śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o wypłatę Świadczenia. 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia. 3. Akt zgonu Ubezpieczonego lub odpis skróconego aktu zgonu (w przypadku gdy śmierć nastąpiła za granicą, akt zgonu lub odpis aktu zgonu powinien zostać sporządzony zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa państwa, w którym nastąpił zgon). 4. Zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu wystawione przez lekarza lub uprawniony podmiot. 5. Jeżeli przyczyną śmierci był Nieszczęśliwy Wypadek albo Wypadek Komunikacyjny - oryginały lub kopie dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności NW albo WK, będącego przyczyną śmierci, np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP. 6. Kopia Umowy Zadłużenia wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa Zadłużenia przewiduje taki harmonogram) oraz dokumenty potwierdzające wysokość Aktualnego Zobowiązania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. 7. Inne dokumenty, o których mowa w § 24 ust. 2.
Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie NW lub Choroby	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o wypłatę Świadczenia. 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia. 3. Dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dokumentacja medyczna dotycząca leczenia przyczyny powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy. 5. Orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie Ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o niezdolności do pracy Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu (o ile zostało wydane). 6. Dokument potwierdzający, że Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy spowodowana była Nieszczęśliwym Wypadkiem: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone, lub dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej. 7. Kopia Umowy Zadłużenia wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa Zadłużenia przewiduje taki harmonogram) oraz dokumenty potwierdzające wysokość Aktualnego Zobowiązania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. 8. Inne dokumenty, o których mowa w § 24 ust. 2. 																				
Leczenia Specjalistycznego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o wypłatę Świadczenia. 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia. 3. Karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis). 4. Inne dokumenty, o których mowa w § 24 ust. 2. 																				
Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o wypłatę Świadczenia. 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia. 3. Karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis). 4. Jeżeli przyczyną Pobytu w Szpitalu albo Pobytu na OIOM był Nieszczęśliwy Wypadek - oryginały lub kopie dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności NW, będącego przyczyną Pobytu w Szpitalu albo Pobytu na OIOM, np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP. 5. Inne dokumenty, o których mowa w § 24 ust. 2. 																				
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o wypłatę Świadczenia. 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia. 3. Dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony. 4. Dokumenty medyczne dotyczące diagnozowania i leczenia Poważnego Zachorowania. 5. W zależności od rodzaju Poważnego Zachorowania, następujące dokumenty potwierdzające jego wystąpienie: <table border="1" data-bbox="507 1160 1449 1977"> <thead> <tr> <th>Poważne Zachorowanie</th> <th>Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego Zachorowania</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Operacja Aorty</td> <td>Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.</td> </tr> <tr> <td>Wszczepienie Zastawki Serca</td> <td>Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.</td> </tr> <tr> <td>Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)</td> <td>Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.</td> </tr> <tr> <td>Udar Mózgu</td> <td>Wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano Udar Mózgu jako przyczynę zgonu.</td> </tr> <tr> <td>Zawał Serca</td> <td>Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono zawał mięśnia sercowego, albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano zawał mięśnia sercowego jako przyczynę zgonu.</td> </tr> <tr> <td>Choroba Alzheimerera</td> <td>Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono chorobę Alzheimerera oraz dokumentacja medyczna zawierająca wynik testu MMSE oraz potwierdzająca niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.</td> </tr> <tr> <td>Choroba Creutzfeldta-Jakoba</td> <td>Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.</td> </tr> <tr> <td>Choroba Parkinsona</td> <td>Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.</td> </tr> <tr> <td>Oparzenia</td> <td>Dokumentacja medyczna, zawierającą stopień Oparzenia i procent powierzchni ciała objętego Oparzeniem.</td> </tr> </tbody> </table>	Poważne Zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego Zachorowania	Operacja Aorty	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.	Wszczepienie Zastawki Serca	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.	Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.	Udar Mózgu	Wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano Udar Mózgu jako przyczynę zgonu.	Zawał Serca	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono zawał mięśnia sercowego, albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano zawał mięśnia sercowego jako przyczynę zgonu.	Choroba Alzheimerera	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono chorobę Alzheimerera oraz dokumentacja medyczna zawierająca wynik testu MMSE oraz potwierdzająca niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.	Choroba Parkinsona	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.	Oparzenia	Dokumentacja medyczna, zawierającą stopień Oparzenia i procent powierzchni ciała objętego Oparzeniem.
Poważne Zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego Zachorowania																				
Operacja Aorty	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.																				
Wszczepienie Zastawki Serca	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.																				
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.																				
Udar Mózgu	Wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano Udar Mózgu jako przyczynę zgonu.																				
Zawał Serca	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono zawał mięśnia sercowego, albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano zawał mięśnia sercowego jako przyczynę zgonu.																				
Choroba Alzheimerera	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono chorobę Alzheimerera oraz dokumentacja medyczna zawierająca wynik testu MMSE oraz potwierdzająca niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.																				
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.																				
Choroba Parkinsona	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przez Ubezpieczonego przynajmniej 3 czynności dnia codziennego.																				
Oparzenia	Dokumentacja medyczna, zawierającą stopień Oparzenia i procent powierzchni ciała objętego Oparzeniem.																				

	Sepsa	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Sepse.
	Łagodny Guz Mózgu	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie oraz – w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego – wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych, w tym wynik badania histopatologicznego.
	Niedokrwistość Aplastyczna	Wynik biopsji aspiracyjnej i trepanobiopsji szpiku.
	Niewydolność Nerek	Dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki.
	Przeszczep Narządu	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z
	Stwardnienie Rozsiane	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie wraz z wynikami badania neurologicznego wg skali EDSS.
	Śpiączka	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Śpiączkę oraz dokumentacja medyczna potwierdzająca istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych.
	Utrata Kończyn	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.
	Całkowita Utrata Mowy	Opinia lekarza laryngologa stwierdzająca Utratę Mowy wraz z dokumentacją medyczną.
	Całkowita Utrata Słuchu	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie, w tym badania audiometrycznego lub badania słuchowych potencjałów wywołanych.
	Całkowita Utrata Wzroku	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie wraz z badaniami ostrości wzroku lub pola widzenia lub wzrokowych potencjałów wywołanych.
	Zawodowe/Transfuzyjne Zakażenie Wirusem Ludzkiego Niedoboru Odporności HIV	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę oraz datę rozpoznania wraz z pozytywnymi wynikami dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV oraz testu Western Blot lub PCR. Dokumenty potwierdzające, że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie: <ol style="list-style-type: none"> transfuzji krwi – w przypadku Transfuzyjnego Zakażenia Wirusem Ludzkiego Niedoboru Odporności HIV wykonywania obowiązków zawodowych – w przypadku Zawodowego Zakażenia Wirusem Ludzkiego Niedoboru Odporności HIV
	Paraliż	Dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie.
	Ciężki Uraz Głowy	Opinia neurologa lub neurochirurga potwierdzającą trwałą niezdolność do wykonywania 3 lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
	Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania.
	Wymiana Zastawki Serca	Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania.
	Nowotwór Złośliwy	Opinia lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę Nowotworu Złośliwego oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań histopatologicznych.
	6.	Kopia Umowy Zadłużenia wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa Zadłużenia przewiduje taki harmonogram) oraz dokumenty potwierdzające wysokość Aktualnego Zobowiązania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
	7.	Inne dokumenty, o których mowa w § 24 ust. 2.
Trwałego Inwalidztwa w następstwie NW	1.	Wniosek o wypłatę Świadczenia.
	2.	Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia.
	3.	Dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dokumenty potwierdzające wystąpienie Trwałego Inwalidztwa w Następstwie NW, np. wyniki badań, zwolnienia lekarskie, dokumentację medyczną z placówek, w których Ubezpieczony był leczony w związku z Trwałym Inwalidztwem w Następstwie NW. 5. Oryginały lub kopie dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności NW będącego przyczyną Trwałego Inwalidztwa w Następstwie NW, np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP. 6. Kopia Umowy Zadłużenia wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa Zadłużenia przewiduje taki harmonogram) oraz dokumenty potwierdzające wysokość Aktualnego Zobowiązania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. 7. Inne dokumenty, o których mowa w § 24 ust. 2.
--	--

2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub do zwrócenia się do właściwej placówki medycznej o uzyskanie dodatkowej dokumentacji medycznej, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności.

SKARGI I REKLAMACJE

§ 26

Swoje zastrzeżenia i reklamacje możesz zgłaszać w różnych formach:

korespondencyjnie - na adres naszej siedziby,

pocztą elektroniczną - na adres e-mail wskazany na naszej stronie internetowej www.viennialife.pl,

osobiście - w naszej siedzibie,

telefonicznie – poprzez Infolinię.

1. Osoba, która złożyła wniosek o zawarcie Umowy, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy mają prawo do składania reklamacji związanej z zawarciem lub wykonywaniem Umowy przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie - na adres siedziby Ubezpieczyciela, przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po jego wpisaniu do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej www.viennialife.pl jako właściwy do składania reklamacji,
 - 4) osobiście – w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 5) telefonicznie – poprzez Infolinię.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 30. dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30. dni od jej otrzymania, Ubezpieczyciel przekaze w ww. terminie wyjaśnienia dotyczące przyczyny opóźnienia rozpatrzenia reklamacji, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, z zastrzeżeniem, iż nie może on przekroczyć 60. dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Ubezpieczyciel przekaze odpowiedź na zgłoszoną reklamację w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji. Ubezpieczyciel może przekazać odpowiedź za pomocą poczty elektronicznej, o ile osoba zgłaszająca reklamację złożyła taki wniosek.

§ 27

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umów można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, spadkobiercy Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy.
2. Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozstrzygnięcia sporów, właściwymi dla Ubezpieczyciela, są: Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny/informacje_ogolne) oraz Rzecznik Finansowy (<https://rf.gov.pl/>).

AKTUALIZACJA DANYCH

§ 28

Pamiętaj o aktualizacji danych osobowych i adresowych, abyśmy zawsze mogli się z Tobą skontaktować.

Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do poinformowania Ubezpieczyciela o każdorazowej zmianie swojego adresu oraz swoich danych osobowych, jak również danych osobowych Uposażonych lub Uposażonych Zastępczych. Nieprzekazanie powyższych informacji może spowodować niemożność dostarczenia lub opóźnienie w dostarczeniu przez Ubezpieczyciela ważnych z punktu widzenia wykonywania Umowy informacji, jak również w inny sposób negatywnie wpłynąć na czynności związane z wykonywaniem Umowy. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za negatywne skutki wynikające z braku możliwości skutecznego powiadomienia Ubezpieczającego, o ile Ubezpieczający nie dopełnił obowiązku aktualizacji danych adresowych i osobowych, o których mowa w zdaniu pierwszym.

SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

§ 29

Wnioski i oświadczenia można do nas zgłaszać:

korespondencyjnie - na adres naszej siedziby,

pocztą elektroniczną - na adres e-mail wskazany na naszej stronie internetowej www.viennialife.pl,

osobiście - w naszej siedzibie,

telefonicznie – poprzez Infolinię.

Pamiętaj, że w niektórych przypadkach, dla Twojego bezpieczeństwa, poprosimy o potwierdzenie dyspozycji i złożenie czytelnego podpisu.

Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy wskazanej dla danej czynności, a w przypadku braku takiego wskazania w OWU – formy pisemnej lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami. Wszelkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela, wywierają skutek prawny wobec Ubezpieczyciela z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela, o ile treść OWU nie stanowi inaczej.

ZASADY PODATKOWE

§ 30

Podstawy prawne dotyczące podatków znajdziesz w Polisie

Zasady opodatkowania świadczeń otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia na życie są określone odpowiednio w ustawach o podatku dochodowym od osób fizycznych i o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy dotyczące zasad opodatkowania wskazane są w Polisie.

§ 31

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu wszelkich informacji dotyczących Umowy, których obowiązek przekazywania wynika z obowiązujących przepisów prawa, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela. Informacje te są również przekazywane przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, o ile złoży on takie żądanie.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
3. Dla Umów zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 32

Ubezpieczający ma prawo przenieść wierzitelności przysługujące mu z Umowy na inny podmiot, pod warunkiem uzyskania akceptacji Ubezpieczyciela.

§ 33

Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela publikowane są na jego stronie internetowej.

§ 34

1. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.
2. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarg nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.

WEJŚCIE W ŻYCIE OWU

§ 35

Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie „OCHRONA na PLUS” zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 56/2023 Zarządu Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group i wchodzi w życie z dniem 12 września 2023 roku.



Tomasz Borowski
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu