

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / UMOWA GENERALNA UBEZPIECZENIA (WZÓR)
GRUPOWEGO NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW PIOTRKOWSKICH WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI SP. Z O.O.
W OKRESIE OD 01.01.2023 R. DO 31.12.2023 R.

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- 1.1. Umowa Generalna Ubezpieczenia grupowego na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. nazywana będzie w niniejszej Umowie - Umową Generalną Ubezpieczenia.
- 1.2. Umowa Generalna Ubezpieczenia po rozstrzygnięciu postępowania przetargowego stanowić będzie załącznik do Umowy w sprawie wykonania zamówienia publicznego.
- 1.3. Ubezpieczyciel: *(wykonawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą)*
- 1.4. W kwestiach nieuregulowanych w Umowie Generalnej Ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia wskazane w ofercie złożonej w postępowaniu publicznym na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- 1.5. Wszelkie postanowienia zawarte w Umowie Generalnej Ubezpieczenia będą miały pierwszeństwo przed postanowieniami właściwych ogólnych warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zapisów pkt 1.7. Zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia wyłączające lub ograniczające zakres opisany w niniejszej Umowie Generalnej Ubezpieczenia nie mają zastosowania.
- 1.6. Zakres ubezpieczenia określony w Umowie Generalnej Ubezpieczenia jest minimalnym wymaganym zakresem ubezpieczenia.
- 1.7. Jeżeli w oferowanych przez Ubezpieczyciela ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych i nie zostaną one wyraźnie zastrzeżone przez Ubezpieczyciela przed zakończeniem postępowania o zamówienie publiczne, to zostają automatycznie włączone do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 1.8. Ubezpieczający akceptuje odmiennie sformułowaną treść definicji z ogólnych warunków ubezpieczenia Ubezpieczyciela pod warunkiem, że treść tych definicji nie ogranicza/zawęża zakresu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do uregulowań Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 1.9. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia będące przedmiotem niniejszej umowy, których przyczyną powstania może być m.in. zakażenie COVID 19 w tym w szczególności: zgon ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego w szpitalu, poważne zachorowanie, leczenie specjalistyczne, przeprowadzenie operacji chirurgicznej, niezdolność do pracy.
- 1.10. Do Umowy mają zastosowanie przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych). Ubezpieczyciel, Ubezpieczający oraz Dystrybutor (Broker), są samodzielnymi administratorami danych osobowych przetwarzanych w procesie wykonania niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

2. DEFINICJE OBOWIĄZUJĄCE W UMOWIE GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

Na potrzeby niniejszej Umowy przez poniższe pojęcia należy rozumieć:

- 2.1. **Broker** – Pełnomocnik Ubezpieczającego, Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.
- 2.2. **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową wystawione odrębnie dla każdego Ubezpieczonego.
- 2.3. **Deklaracja ubezpieczenia** – dokument Ubezpieczyciela podpisany przez osobę wyrażającą wolę przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia, zawierający wymagane przepisami prawa oraz zgodne z wymogami zapisów niniejszej Umowy, oświadczenia woli osoby ubezpieczonej.
- 2.4. **Działania wojenne** - działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu.
- 2.5. **Karencja** – czasowe zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu

- określonych zdarzeń.
- 2.6. **Nieszczęśliwy wypadek** - niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub osoby Współubezpieczonej zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które jest bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną w ramach niniejszej Umowy.
 - 2.7. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy pomiędzy Piotrkowskimi Wodociągami i Kanalizacją Sp. z o.o, a Ubezpieczycielem oraz warunki tej umowy.
 - 2.8. **Poprzednia umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia grupowego na życie funkcjonująca bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 2.9. **Przyczyna zewnętrzna** – każdy czynnik zewnętrzny zdolny wywołać szkodliwe skutki takie jak m.in. narzędzie pracy, maszyna, obiekt pochodzący z zewnątrz, siły przyrody, działanie innej osoby oraz praca i czynności samego Ubezpieczonego (w tym np. niefortunny odruch, nieskoordynowane poruszanie się, upadek), a także splot przyczyn tkwiących w organizmie człowieka i przyczyn pochodzących z zewnątrz.
 - 2.10. **Regulamin** – „Regulamin udzielania zamówień sektorowych w Piotrkowskich Wodociągach i Kanalizacji Sp. z o.o.", przyjęty Zarządzeniem Nr 1/2021 Prezesa Zarządu Spółki Piotrkowskie Wodociągi i Kanalizacja Sp. z o.o. z dnia 10 lutego 2021 r. (dalej: „Regulamin”),
 - 2.11. **Rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 2.12. **Samobójstwo** – we wszystkich ryzykach w Umowie Generalnej Ubezpieczenia, których to wyłączenie dotyczy, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku samobójstwa popełnionego w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego/Współubezpieczonego.
 - 2.13. **Samookaleczenie** - celowe działanie danej osoby przeciwko własnemu zdrowiu (umyślne uszkodzenia własnego ciała).
 - 2.14. **Stan po użyciu alkoholu i stan nietrzeźwości.**

Zgodnie z Art. 46 ust. 2. ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1119 ze zm.), na potrzeby Umowy Generalnej Ubezpieczenia przyjmuje się następujące definicje:

 - 2.14.1. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - 2.14.1.1. stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo
 - 2.14.1.2. obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.
 - 2.14.2. Stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - 2.14.2.1. stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo
 - 2.14.2.2. obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.
 - 2.15. **Trwały nośnik** - nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. pdf wysłany na e-maila, płyta CD lub pendrive z zapisanym plikiem w postaci pdf.
 - 2.16. **Umowa Generalna Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta w wyniku postępowania sektorowego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.
 - 2.17. **Ustawa Pzp** - ustawa Prawo zamówień publicznych z 11 września 2019r. (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1129 ze zm.),
 - 2.18. **Wariant ubezpieczenia** – jeden z trzech zakresów ochrony ubezpieczeniowej różniących się wysokością świadczeń i rodzajem zdarzeń objętych ochroną.
 - 2.19. **Wniosek o zawarcie ubezpieczenia** – dokument złożony Ubezpieczycielowi potwierdzający wolę przystąpienia do niniejszej Umowy.
 - 2.20. **Wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia** – wykaz zawierający dane osób przystępujących do ubezpieczenia w danym miesiącu.
 - 2.21. **Wypadek ubezpieczeniowy** - realizacja zdefiniowanego w niniejszej Umowie zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela.
3. **POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, WSPÓLUBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO**
 - 3.1. **Ubezpieczającym** na potrzeby niniejszej Umowy są Piotrkowskie Wodociągi i Kanalizacja Sp. z o.o.
 - 3.2. **Ubezpieczony** na potrzeby niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to objęty ochroną ubezpieczeniową: pracownik, Współmałżonek/Partner życiowy ubezpieczonego pracownika oraz pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego pracownika.
 - 3.3. **Współubezpieczony** na potrzeby niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to

Współmałżonek/Partner życiowy Ubezpieczonego, Dziecko Ubezpieczonego, Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego.

- 3.4. **Członkowie rodziny pracownika** na potrzebny niniejszej Umowy to osoby wskazane w pkt. 3.2. i 3.3.
- 3.5. **Uposażony** na potrzeby Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to osoba wskazana na piśmie przez ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego zgonu.
 - 3.5.1. W sytuacji, gdy nie wskazano Uposażonego świadczenie otrzymuje: Małżonek, Dzieci, Rodzice, rodzeństwo lub gdy nie ma wymienionych członków rodziny – świadczenie wchodzi w skład spadku i jest należne prawnie ustanowionym spadkobiercom Ubezpieczonego.
- 3.6. Jeżeli Ubezpieczony nie zgłosi roszczeń o wypłatę należnych mu świadczeń za swego życia, prawo to przechodzi na prawnych spadkobierców, którzy po zgonie Ubezpieczonego mogą zgłosić wnioski do Ubezpieczyciela o wypłatę należnych Ubezpieczonemu świadczeń. Czynności powyższe mogą być dokonane w okresie 3 lat od daty zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Spadkobiercy muszą przedstawić stosowne dokumenty przyznające im prawa spadkowe po zmarłym Ubezpieczonym.

4. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU I ZAKRESU UBEZPIECZENIA

- 4.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych oraz Współubezpieczonych.
- 4.2. Przez zakres ubezpieczenia na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się co najmniej przewidziany w Umowie Generalnej Ubezpieczenia katalog zdarzeń.
- 4.3. Umowa Generalna Ubezpieczenia przewiduje co najmniej następujący katalog zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 4.3.1. zdarzenia związane z życiem Ubezpieczonego:
 - 4.3.1.1. zgon Ubezpieczonego;
 - 4.3.1.2. zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4.3.1.3. zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 4.3.1.4. zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
 - 4.3.1.5. zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
 - 4.3.1.6. zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu;
 - 4.3.1.7. osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego;
 - 4.3.2. zdarzenia związane z życiem i zdrowiem Współubezpieczonych:
 - 4.3.2.1. zgon Współmałżonka/Partnera życiowego;
 - 4.3.2.2. zgon Dziecka;
 - 4.3.2.3. zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego;
 - 4.3.2.4. zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4.3.2.5. urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu;
 - 4.3.2.6. urodzenie martwego Dziecka;
 - 4.3.3. zdarzenia związane ze zdrowiem Ubezpieczonego:
 - 4.3.3.1. trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4.3.3.2. trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/udar mózgu;
 - 4.3.3.3. dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.4. rekonwalescencja poszpitalna - dzienne świadczenie;
 - 4.3.3.5. leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.6. poważne zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.7. zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór IN-SITU;
 - 4.3.3.8. niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
 - 4.3.3.9. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.10. karta apteczna.

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

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

- 5.1. Okres realizacji Umowy Generalnej Ubezpieczenia ustala się na 12 miesięcy od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.

- 5.2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy złożyli deklaracje przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia oraz są wskazani na liście osób przystępujących przed datą początkową, rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 5.3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy Generalnej Ubezpieczenia po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego po złożeniu deklaracji pod warunkiem przekazania składki za te osoby w określonych terminach jej płatności.
 - 5.4. Umowa Generalna Ubezpieczenia wygasa po upływie 12 miesięcy i zostaje automatycznie rozwiązana bez konieczności składania przez strony wypowiedzenia.
 - 5.5. Zgodnie z Art. 214 ust. 1 pkt 7) ustawy Pzp, przewiduje się udzielenie zamówienia z wolnej ręki dotychczasowemu Wykonawcy w okresie 3 lat od dnia udzielenia zamówienia podstawowego, polegającego na powtórzeniu podobnych usług zgodnych z przedmiotem zamówienia.
 - 5.6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Umowy Generalnej Ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczonego pracownika oraz zgłoszonych przez niego Ubezpieczonych ustaje:
 - 5.6.1. z ostatnim dniem obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia;
 - 5.6.2. z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny pracownika z ubezpieczającym;
 - 5.6.3. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył stosowne oświadczenie o swojej rezygnacji z uczestnictwa w Umowie Generalnej Ubezpieczenia lub o wyłączeniu z ubezpieczenia zgłoszonych przez siebie Ubezpieczonych;
 - 5.6.4. z dniem zgonu Ubezpieczonego.
 - 5.7. Ochrona może zostać przedłużona o 1 miesiąc w przypadku gdy pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym rozwiązany został stosunek prawny oraz dokonano opłaty „z góry” dodatkowej składki miesięcznej w ostatnim miesiącu zatrudnienia, za miesiąc następny (dotyczy składki za pracownika i ubezpieczonych Członków jego rodziny – Małżonka/Partnera życiowego lub pełnoletniego Dziecka).
 - 5.8. Z zastrzeżeniem zapisów odmiennych zawartych w poszczególnych postanowieniach Rozdziału II Umowy Generalnej Ubezpieczenia (w tym również postanowień dotyczących okresu karencji) Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność za wszystkie zdarzenia objęte niniejszą Umową, które będą miały miejsce w okresie odpowiedzialności.
 - 5.9. Ubezpieczyciel przyjmie również odpowiedzialność:
 - 5.9.1. za skutki chorób i wypadków, które powstały lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela, a zgodnie z datą wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony nabywa prawa do tego świadczenia;
 - 5.9.2. w przypadku postawienia diagnozy w okresie trwania niniejszej Umowy w oparciu o rozpoczęty proces diagnozy, badania zlecone lub/i przeprowadzone przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W tej sytuacji Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z Umowy Generalnej Ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie otrzymał wypłaty świadczenia z Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 - 5.10. Uregulowanie z pkt 5.8. dotyczy osób spełniających łącznie następujące warunki:
 - 5.10.1. były one objęte Poprzednią umową ubezpieczenia,
 - 5.10.2. ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia obejmowała dane zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 5.10.3. zachowana jest ciągłość opłacania składek ubezpieczeniowych (potwierdzoną przez Ubezpieczającego na wniosek Ubezpieczyciela) tzn. nie nastąpiła przerwa w opłacie składki pomiędzy Poprzednią umową ubezpieczenia, a Umową Generalną Ubezpieczenia.
- Wszelkie zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczące wyłączenia odpowiedzialności za zdarzenia będące wynikiem zakażenia COVID19 nie będą miały zastosowania.

6. ZAKRES TERYTORIALNY

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

7. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SUMY UBEZPIECZENIA

- 7.1. Suma ubezpieczenia dla każdego z trzech wariantów ubezpieczenia i dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego jest podstawą do określenia wysokości świadczenia dla danego zdarzenia.
- 7.2. Suma ubezpieczenia w danym wariantcie i dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczy odrębnie każdego Ubezpieczonego.

8. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DEFINICJI PRACOWNIKA I WSPÓLUBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW RODZINY

- 8.1. Za **pracownika** Ubezpieczającego uważa się osobę fizyczną zatrudnioną przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub na podstawie umowy cywilno-prawnej.
- 8.2. **Współmałżonek** na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 8.3. **Partner życiowy** na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z pracownikiem w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia, wskazana przez ubezpieczonego w formie określonej przez ubezpieczyciela. Pracownik ani partner życiowy nie mogą być w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
 - 8.3.1. Pracownik ma prawo wskazać Partnera życiowego w każdym czasie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 8.3.3.
 - 8.3.2. Pracownik może złożyć oświadczenie, że wskazana wcześniej osoba nie jest już jego Partnerem życiowym, co skutkuje wobec tej osoby brakiem ochrony ubezpieczeniowej od pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu oświadczenia.
 - 8.3.3. Wskazanie, zmiana Partnera życiowego może nastąpić raz w danym roku polisowym (każdych kolejnych 12 miesiącach od zawarcia umowy). Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowego Partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania. Partnera życiowego obowiązują okresy karencji zgodnie z Rozdziałem I, pkt 14 niniejszej Umowy.
- 8.4. Wskazany w deklaracji przystąpienia pracownika jego Partner życiowy jest uznany za Współubezpieczonego. Pracownikowi będzie przysługiwała w odniesieniu do zdarzeń dotyczących Partnera życiowego, wypłata świadczeń z tytułu: zgonu Partnera, zgonu Partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Rodziców Partnera.
 - 8.4.1. Przystąpienie Partnera życiowego do Umowy Generalnej Ubezpieczenia i wskazanie przez niego pracownika jako Partnera w deklaracji przystąpienia, skutkuje prawem do nabycia świadczeń opisanych w pkt 8.4. w odniesieniu do pracownika, jako swojego Współubezpieczonego.
- 8.5. **Dziecko Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się:
 - 8.5.1. jako Współubezpieczony dla zdarzenia osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, zdarzenia zgonu Dziecka - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu zdarzenia nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek Dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez prawomocny organ;
 - 8.5.2. jako Ubezpieczony - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu przystępowania do Umowy Generalnej Ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.
- 8.6. **Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka, Rodzic Partnera życiowego Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy jest to matka lub ojciec Ubezpieczonego i matka lub ojciec Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Za Rodzica uznaje się również osobę będącą:
 - 8.6.1. żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński (macocha);
 - 8.6.2. mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński (ojczym).Definicje powyższe stosuje się odpowiednio w odniesieniu do Rodzica Małżonka/Partnera życiowego.

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

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

- 9.2. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do niniejszej Umowy, ogólne warunki ubezpieczenia oraz szczególne warunki ubezpieczenia. Powyższe dokumenty Ubezpieczyciel przekazuje na piśmie lub, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku (np. plik PDF wysłany na adres e-mail, płyta CD).
- 9.3. Ubezpieczony składa deklarację przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 9.4. Ubezpieczony składa do Ubezpieczającego zgodę na potrącenie jednostkowej składki miesięcznej z wynagrodzenia netto za ubezpieczenie swoje i zgłoszonych przez siebie Ubezpieczonych.
- 9.5. Ubezpieczyciel akceptuje termin składania deklaracji przez nowo przystępujące osoby do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.
- 9.6. W pierwszym miesiącu trwania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego, deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną doręczone do Ubezpieczyciela najpóźniej do 60 dnia miesiąca, w którym Ubezpieczający przystąpił do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 9.7. W kolejnych miesiącach trwania niniejszej Umowy deklaracje złożone przez nowo przystępujące osoby będą doręczone do Ubezpieczyciela do 30 dnia miesiąca, od którego rozpoczęła się w stosunku do nich ochrona ubezpieczeniowa.
- 9.8. Jeżeli Ubezpieczyciel będzie wymagał, Ubezpieczający może dodatkowo przekazywać Ubezpieczycielowi wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia, zawierający co najmniej: imię, nazwisko, nr pesel, wariant ubezpieczenia lub dane osób ubezpieczonych będą rejestrowane w systemie elektronicznej obsługi ubezpieczenia.
- 9.9. Ubezpieczający będzie sporządzał wykaz o którym mowa w pkt 9.8. na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego początek ochrony ubezpieczeniowej.
- 9.10. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową każdą osobę, która zaakceptuje warunki ubezpieczenia i spełnia w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia wymogi definicji Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wychowawczym lub bezpłatnym.
- 9.11. Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia (w pełnym zakresie przysługującym w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia) mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18 rok życia (**w odniesieniu do pracowników 16. rok życia**) i nie ukończyły 70 roku życia w chwili przystąpienia do niniejszej Umowy, chyba że osoby, które ukończyły 70 rok życia pracują i były objęte dotychczas funkcjonującą u ubezpieczającego umową grupowego ubezpieczenia na życie.
- 9.12. Ubezpieczyciel przyjmie również do ubezpieczenia osobę przebywającą:
- 9.12.1. w szpitalu;
 - 9.12.2. na zwolnieniu lekarskim;
 - 9.12.3. na świadczeniu rehabilitacyjnym;
 - 9.12.4. oraz z orzeczoną niezdolnością do pracy czy stopniem częściowej niepełnosprawności.
- Ubezpieczyciel może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia w/w osób od tego, czy były objęte dotychczas Poprzednią umową ubezpieczenia.
- 9.13. Uregulowanie z pkt 9.12. dotyczy osób spełniających łącznie następujące warunki:
- 9.13.1. były one objęte Poprzednią umową ubezpieczenia,
 - 9.13.2. zachowana jest ciągłość opłacania składek ubezpieczeniowych (potwierdzoną przez Ubezpieczającego na wniosek Ubezpieczyciela) tzn. nie nastąpiła przerwa w opłacie składki pomiędzy Poprzednią umową ubezpieczenia, a Umową Generalną Ubezpieczenia.
- 9.14. Ubezpieczyciel ma prawo żądać złożenia oświadczenia o stanie zdrowia (dotyczącego np. przebywania na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, orzeczonej niezdolności do pracy) na deklaracji ubezpieczenia wyłącznie od:
- 9.14.1. nie objętych Poprzednią umową ubezpieczenia członków rodzin przystępujących do programu ,
 - 9.14.2. pracowników i członków rodzin przystępujących do programu po trzecim miesiącu od daty nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel na podstawie złożonego oświadczenia przez osoby, o których mowa w pkt 9.14.1 i pkt 9.14.2 podejmuje decyzję o objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy.
- 9.15. W odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych, Ubezpieczyciel nie będzie wymagał underwrittingu medycznego, ani wypełniania przez osoby przystępujące do ubezpieczenia ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawał pytań odnośnie stanu ich zdrowia.
- 9.16. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę dotychczas nieubezpieczonych uznanych za niezdolnych do pracy lub niezdolnych do służby na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym pod warunkiem, iż są dopuszczeni do pracy przez lekarza medycyny pracy.

- 9.17. Ubezpieczony może w każdym czasie trwania niniejszej Umowy złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie woli o wystąpieniu z ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym nastąpiło złożenie oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia.
- 9.18. Liczba osób Ubezpieczonych (oraz liczebność w poszczególnych wariantach) będzie mogła ulec zmianie na skutek:
- 9.18.1. przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia osób (Pracowników, Współmałżonków/ Partnerów życiowych oraz Pełnoletnich Dzieci), które złożyły deklarację przystąpienia w trakcie jej obowiązywania;
 - 9.18.2. rezygnacji/wystąpienia z ubezpieczenia osób ubezpieczonych;
 - 9.18.3. zmiany wyboru przystąpienia przez Ubezpieczonych do innego wariantu ubezpieczenia objętego niniejszą Umową;
 - 9.18.4. zgonów osób ubezpieczonych;
 - 9.18.5. zakończenia stosunku pracy Ubezpieczonych z Ubezpieczającym.

10. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

11. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE JURYSDYKCJI W SPORACH POMIĘDZY UBEZPIECZAJĄCYM A UBEZPIECZYCIEM

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

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

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

13. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE FORM KOMUNIKACJI I RAPORTOWANIA

- 13.1. Ubezpieczyciel wyznaczy jednostkę do technicznej obsługi Umowy Generalnej Ubezpieczenia (m. in. przyjmowania wniosków ubezpieczeniowych i wystawiania dokumentów potwierdzających ochronę ubezpieczeniową).
- 13.2. Ubezpieczyciel wyznaczy co najmniej jedną osobę do kontaktu w sprawach dotyczących Umowy Generalnej Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zawiadomi o powyższym fakcie Ubezpieczającego i Brokera w treści oferty lub odrębnym pismem (w terminie 14 dni od podpisania Umowy Generalnej Ubezpieczenia), przekazując dane teleadresowe wskazanych osób. Ubezpieczyciel każdorazowo będzie powiadamiać Ubezpieczającego i Brokera o zmianach w tym zakresie.
- 13.3. Formą komunikacji w niniejszej Umowie pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonymi, Brokerem a Ubezpieczycielem jest przekazywanie dokumentów osobiście oraz za pośrednictwem poczty, faxu, poczty elektronicznej.
- 13.4. Do składania oświadczeń woli przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, w tym dotyczących zmian Umowy Generalnej Ubezpieczenia w zakresie przewidzianym w umowie o wykonanie, zastrzeżona jest forma pisemna pod rygorem nieważności.
- 13.5. Każda ze stron zachowuje prawo żądania potwierdzenia odbioru przekazanych dokumentów.
- 13.6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do przedstawienia raportu z realizowanej Umowy Generalnej Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku przez Ubezpieczającego lub Brokera. Raport jest sporządzony narastająco za okres od początku trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku. Raport w szczególności powinien zawierać:
- 13.6.1. zestawienia zainkasowanej składki ubezpieczeniowej w podziale na wariant ubezpieczenia,
- 13.6.2. wysokości wypłaconych świadczeń podzieloną na kwoty cząstkowe zgodne z poszczególnymi zdarzeniami zawartymi w Umowie Generalnej Ubezpieczenia oraz liczbę wypłaconych świadczeń w każdym zdarzeniu – w podziale na wariant ubezpieczenia.

- 14. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE OKRESU KARENCJI DLA UBEZPIECZONYCH PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA**
- 14.1. Ubezpieczyciel akceptuje następujące uregulowania dotyczące okresów karencji:
- 14.1.1. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **pracownika przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego** miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.1.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej tj. od 01.01.2023r.
 - 14.1.1.2. zatrudnienia,
 - 14.1.2. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Małżonka** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca**, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.2.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej tj. od 01.01.2023r.;
 - 14.1.2.2. zatrudnienia pracownika,
 - 14.1.2.3. zawarcia związku małżeńskiego.
 - 14.1.3. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Partnera życiowego** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia **od 01.01.2023r.**
 - 14.1.4. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Pełnoletniego Dziecka** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca**, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.4.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej tj. od 01.01.2023r.;
 - 14.1.4.2. zatrudnienia pracownika,
 - 14.1.4.3. osiągnięcia pełnoletniości przez Dziecko pracownika.
 - 14.1.5. Dla **osób przystępujących** do ubezpieczenia od **czwartego miesiąca** licząc od miesiąca, w którym było to możliwe z uwagi na datę:
 - 14.1.5.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej tj. 01.01.2023r.
 - 14.1.5.2. zatrudnienia pracownika;
 - 14.1.5.3. zawarcia związku małżeńskiego;
 - 14.1.5.4. osiągnięcia pełnoletniości przez Dziecko pracownika;obowiązują następujące okresy karencji:
 - a) maksymalnie **9 miesięcy** dla zdarzeń: Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego, Urodzenie martwego Dziecka;
 - b) maksymalnie **6 miesięcy** dla zdarzeń: Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego, Zgon Dziecka, Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgon Rodzica/Rodzica Współmałżonka Ubezpieczonego, Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - c) maksymalnie **3 miesiące** dla zdarzeń: Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór In-SITU.
 - d) maksymalnie **1 miesiąc** dla zdarzeń: Dienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego, Karta apteczna.
 - 14.1.6. W przypadku wskazania przez pracownika nowego Partnera życiowego zgodnie z zapisami pkt 8.3.3., dla Partnera życiowego jako Współubezpieczonego i/lub Ubezpieczonego, obowiązują okresy karencji opisane w pkt 14.1.5.
- 14.2. Okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 15. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA**
- 15.1. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczonego bez względu na jego wiek, który przestanie być uczestnikiem Umowy Generalnej Ubezpieczenia, a także zapewni:
- 15.1.1. dożywotnią gwarancję minimalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w pkt 15.11.,
 - 15.1.2. stopę składki określoną w pkt 15.12. w odniesieniu do sumy ubezpieczenia, z którą osoba ubezpieczona przystąpiła do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- 15.2. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji osobom, które wyrażą taką wolę na czas: przebywania na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wychowawczym, bezpłatnym.
- 15.3. Ubezpieczyciel nie będzie stosował zapisów ograniczających przystępowanie osób z orzeczoną niezdolnością do pracy, osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopowach macierzyńskich,

- rodzicielskich, ojcowskich, wychowawczych oraz urlopach bezpłatnych.
- 15.4. Ubezpieczający poinformuje pracownika o możliwości indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po wystąpieniu z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.5. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składek za 3 miesiące poprzedzające moment wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia. Do tego okresu zalicza się Ubezpieczonemu nieprzerwany okres ubezpieczenia wynikający z Poprzedniej umowy ubezpieczenia (ciągłość ubezpieczenia).
- 15.6. Osoba, która przystępuje do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, powinna złożyć deklarację przystąpienia do Ubezpieczyciela najpóźniej przed upływem 6 miesięcy od wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.6.1. Umożliwienie kontynuowania ubezpieczenia osobom, które złożą deklarację przystąpienia do indywidualnej kontynuacji w późniejszym okresie pozostaje do indywidualnej decyzji Ubezpieczyciela.
- 15.7. Karencja w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie obowiązuje, jeżeli Ubezpieczony złoży deklarację przystąpienia do indywidualnej kontynuacji przed upływem 3 miesięcy od wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.8. W stosunku do osób, które złożą wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zastosować okresy karencji wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
- 15.9. Ubezpieczyciel nie będzie stosował ankiet medycznych warunkujących przyznanie prawa do kontynuacji ani nie będzie stosował ich przed każdą rocznicą polisy w trakcie indywidualnej kontynuacji. Ubezpieczyciel nie będzie uzależniał wysokości sumy lub wysokości składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 15.10. Minimalny zakres indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia :
- 15.10.1. Zgon Ubezpieczonego 100% SU;
- 15.10.2. Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku 200% SU;
- 15.10.3. trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku - 1% zadeklarowanej SU za 1% orzeczonego uszczerbku;
- 15.10.4. Zgon Współmałżonka 50 % SU;
- 15.10.5. Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka 20% SU;
- 15.10.6. Zgon Dziecka 20% SU;
- 15.10.7. Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu 10% SU;
- 15.10.8. Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego 40% SU.
- 15.11. Maksymalna wysokość stopy składki miesięcznej nie przekroczy 7,00 zł za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia.
- 16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE WARIANTÓW I ICH ZAKRESU**
- 16.1. Obowiązujące warianty ubezpieczenia znajdują się w Tabeli nr 1 w Rozdziale II.
- 16.2. Ochroną ubezpieczeniową, w dowolnie wybranym wariantcie ubezpieczenia, objęci zostaną pracownicy Ubezpieczającego oraz Małżonkowie/Partnerzy życiowi i Pełnoletnie dzieci pracowników, którzy złożą deklarację przystąpienia.
- 16.3. Małżonek/Partner życiowy pracownika oraz Pełnoletnie Dziecko pracownika Ubezpieczającego, mogą przystąpić do innego wariantu niż ubezpieczony pracownik.
- 16.4. Objętemu ochroną ubezpieczeniową pracownikowi oraz członkom jego rodziny przysługuje prawo zmiany wariantu ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W przypadku zmiany wariantu obowiązują karencje pomiędzy różnicą wysokości świadczeń – zgodne z pkt. 14.1. Rozdziału I niniejszej Umowy.
- 17. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE REALIZACJI UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ PRZEZ UBEZPIECZYCIELA**
- 17.1. Ubezpieczyciel stwierdzi zasadność wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera życiowego, zgonu Rodziców, zgonu Rodziców Współmałżonka/Partnera życiowego, zgon Dziecka oraz urodzenia się Dziecka i wypłaci świadczenie maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od dnia dostarczenia pełnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- 17.2. Świadczenia z tytułu innych zdarzeń niż określone w pkt 17.1. Ubezpieczyciel wypłaci w ciągu 30 dni roboczych od daty zgłoszenia roszczenia. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel realizuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych

- było możliwe.
- 17.3. Świadczenia zostaną wypłacone w sposób uzgodniony z osobą uprawnioną na indywidualny rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres lub w formie odbioru osobistego w kasie banku wskazanego przez Ubezpieczyciela.
 - 17.4. Ubezpieczyciel zorganizuje komisje lekarskie oraz badania lekarskie na terenie Piotrkowa Trybunalskiego lub najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
 - 17.5. Ubezpieczyciel ma prawo zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób świadczenia, Ubezpieczonym przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską.
 - 17.6. Ubezpieczyciel ma obowiązek za każdym razem określić i udostępnić Ubezpieczonemu wykaz pełnej dokumentacji, niezbędnej do realizacji świadczenia.
 - 17.7. W przypadku, gdy zajście wypadku powoduje powstanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z więcej niż jednego zdarzenia ujętego w Umowie Generalnej Ubezpieczenia, świadczenie ze wszystkich zdarzeń zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń przewidzianych ogólnymi warunkami ubezpieczenia Ubezpieczyciela.
- 18. LICZEBNOŚĆ GRUPY OBJĘTEJ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**
- 18.1. Struktura pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. przedstawiona jest w Załączniku nr 9 do SWZ - Dane do oceny ryzyka.
 - 18.2. Ubezpieczający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy Ubezpieczającego skorzystają z możliwości przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 18.3. Ubezpieczający, na podstawie dotychczasowego poziomu uczestnictwa w programie ubezpieczeń grupowych, przewiduje objęcie ochroną nie mniej niż 70% struktury zatrudnionych.
 - 18.4. Zmiana liczby ubezpieczonych w okresie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia nie będzie miała wpływu na fakt obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia ani na wysokość składki za jednego Ubezpieczonego.
 - 18.5. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach trzech wariantów ubezpieczenia, pod warunkiem przystąpienia 30 pracowników do każdego z wariantów.
 - 18.6. W aktualnej umowie ubezpieczenia grupowego ubezpieczonych jest 173 pracowników i 60 członków ich rodzin.

ROZDZIAŁ II
ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. ZAKRES UBEZPIECZENIA

W Umowie Generalnej Ubezpieczenia obowiązują wysokości świadczeń wskazane przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.:

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

		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych
		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych
		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu
		pobyt na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zł/dzień pobytu, lub zł - świadczenie jednorazowe	pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii zł/dzień pobytu, lub zł - świadczenie jednorazowe	pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii zł/dzień pobytu, lub zł - świadczenie jednorazowe
		..... zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	..... zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	..... zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji
17	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	..... zł	..... zł	..... zł
18	Nowotwór IN-SITU Ubezpieczonego	..... zł	..... zł	..... zł
19	Przeprowadzenie operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego	..... zł	..... zł	..... zł
20	Karta Apteczna	..... zł	..... zł	..... zł
21	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	..... zł	..... zł	..... zł
22	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	..... zł	..... zł	..... zł

2. W Umowie Generalnej Ubezpieczenia obowiązują klauzule rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej (warunki fakultatywne) wskazane przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.:
- (zapisy zostaną uzupełnione zgodnie ze złożoną ofertą przez Wykonawcę).*

SEKCJA I. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM UBEZPIECZONEGO

1. **ZGON UBEZPIECZONEGO**
 - 1.1. Za **zgon Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Ubezpieczonego **bez względu na jego przyczynę i okoliczności**, jeżeli nastąpił w okresie obowiązywania odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z niniejszej Umowy.
 - 1.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej Umowie ubezpieczenia np.: Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku lub Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.
 - 1.3. Wyłączenie ochrony dotyczące zgonu w wyniku samobójstwa obowiązuje w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.
 - 1.4. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**

2. **ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
 - 2.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek. Za zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
 - 2.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej Umowie ubezpieczenia np.: Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu.
 - 2.3. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
3. **ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**
 - 3.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek komunikacyjny.
 - 3.2. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
 - 3.3. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
4. **ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU POWSTAŁEGO W TRAKCIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH**
 - 4.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego.
 - 4.2. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
5. **ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO POWSTAŁEGO W TRAKCIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH**
 - 5.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym wypadek komunikacyjny w trakcie wykonywania czynności zawodowych a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
 - 5.2. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
6. **ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU**
 - 6.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, który nastąpił niezależnie od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu zdefiniowany w diagnozie lekarskiej, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a zgonem Ubezpieczonego.

- 6.2. Za **zawał serca** uważa się – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego, potwierdzoną przez standardowe procedury medyczne.
 - 6.3. Za **udar mózgu** uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
 - 6.4. W stosunku do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia był ubezpieczony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem zgon Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, także w przypadku, gdy leczenie, objawy i inne stany chorobowe mające związek przyczynowy z zawałem serca lub udarem mózgu powodującym zgon Ubezpieczonego, wystąpiły w czasie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 - 6.5. Wyłączenie ochrony dotyczące zgonu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w wyniku usiłowania popełnienia samobójstwa obowiązuje w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.
 - 6.6. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
7. **OSIEROCENIE DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO**
- 7.1. Za **osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez Dziecko 25 roku życia lub bez względu na wiek Dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej przez prawomocny organ.
 - 7.2. Świadczenie przysługuje każdemu z dzieci Ubezpieczonego.
 - 7.3. **Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela są tożsame z włączeniami obowiązującymi dla ryzyka zgonu Ubezpieczonego.**

SEKCJA II. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM WSPÓLUBEZPIECZONYCH

- 1. **ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO**
 - 1.1. Za **zgon Współmałżonka/Partnera życiowego** Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się **zgon bez względu na jego przyczynę i okoliczności**, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 1.2. Ubezpieczyciel nie stosuje ograniczania odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu Współmałżonka/Partnera życiowego.
 - 1.3. Wyłączenie ochrony dotyczące zgonu w wyniku samobójstwa obowiązuje w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.
 - 1.4. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
- 2. **ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
 - 2.1. Za zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek.
 - 2.2. Za zgon Współubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem osoby Współubezpieczonej.
 - 2.3. Ubezpieczyciel nie ogranicza odpowiedzialności co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 - 2.4. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
- 3. **ZGON DZIECKA**
 - 3.1. Za **zgon Dziecka** Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Dziecka bez względu na jego przyczynę i okoliczności, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej

- Ubezpieczenia.
- 3.2. Wyłączenie ochrony dotyczące zgonu w wyniku samobójstwa obowiązuje w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.
 - 3.3. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
4. **ZGON RODZICA LUB RODZICA WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO**
 - 4.1. Za **zgon matki lub ojca** Ubezpieczonego i zgon matki lub ojca Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon matki lub ojca Ubezpieczonego i zgon matki lub ojca Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego bez względu na jego przyczynę, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 4.2. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu zgonu Rodzica Ubezpieczonego, Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego.
 - 4.3. Wyłączenie ochrony dotyczące zgonu w wyniku samobójstwa obowiązuje w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.
 - 4.4. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
5. **URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU**
 - 5.1. Za **urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się urodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez urząd stanu cywilnego, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako Rodzic tego Dziecka. Za urodzenie się Dziecka uważa się także przysposobienie Dziecka w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 5.2. Kwota świadczenia należna jest za każde Dziecko urodzone w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 5.3. W przypadku przysposobienia Dziecka, jako datę urodzenia Dziecka uważa się datę wydania przez sąd postanowienia o przysposobieniu.
6. **URODZENIE MARTWEGO DZIECKA**
 - 6.1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu urodzenia się martwego Dziecka Ubezpieczonego, jeżeli urodzenie to zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonego został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.
 - 6.2. Kwota świadczenia należna jest za każde Dziecko martwo urodzone w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

SEKCJA II. ZDARZENIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM UBEZPICZONEGO

1. **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPICZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- 1.1. **Za trwały uszczerbek na zdrowiu powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku** na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
- 1.2. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
- 1.3. Ubezpieczyciel nie będzie brał pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 1.4. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 1.5. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia uszczerbku i płatna jest od, co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Świadczenie jest proporcjonalne, za 1% uszczerbku przysługuje 1% świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
- 1.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 1.7. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za trwały uszczerbek na zdrowiu, który ujawnił się i jest orzekany przez uprawnionego lekarza nie później niż na 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 1.8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości łącznej za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPICZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK ZAWAŁU SERCA/UDARU MÓZGU**
- 2.1. **Za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwały uszczerbek, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
- 2.2. Zawał serca lub udar mózgu powodujący uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego musi wystąpić w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z niniejszej Umowy.
- 2.3. W stosunku do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia był ubezpieczony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność także w przypadku, gdy leczenie, objawy i inne stany chorobowe mające związek przyczynowy z zawałem serca lub udarem mózgu powodującym trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, wystąpiły w czasie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 2.4. Za zawał serca uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
 - a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych
oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - b) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - d) wystąpienie patologicznych załamek Q w elektrokardiogramie (EKG);
 - e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
 - f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.

- 2.5. Za udar mózgu uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 2.6. Za trwały uszczerbek na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
- 2.7. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
- 2.8. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 2.9. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 2.10. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i płatna jest od co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Świadczenie jest proporcjonalne, za 1% uszczerbku przysługuje 1% świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji przez lekarza.
- 2.11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 2.12. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za trwały uszczerbek na zdrowiu, który ujawnił się i jest orzekany przez uprawnionego lekarza nie później niż na 24 miesięcy od daty zawału serca / udaru mózgu.
- 2.13. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego zawału serca/udaru mózgu w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości łącznej za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

3.1. Definicje:

- 3.1.1. Za **pobyt w szpitalu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu,
- 3.1.2. Za **zawał serca** uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
 - a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - c) wystąpienie patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie (EKG);
 - d) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywotnego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
 - e) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 3.1.3. Za **udar mózgu** uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 3.2. Minimalne zasady wypłaty świadczenia szpitalnego.
 - 3.2.1. Dzielne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego należne jest za:
 - 3.2.1.1. **pobyt w szpitalu spowodowany chorobą trwający minimum 2 dni (jedna zmiana daty),**

- 3.2.1.2. **pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem**, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, trwający minimum **1 dzień**. Za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku.
 - 3.2.1.3. **pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu**, trwający minimum **2 dni (jedna zmiana daty)**. Za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu zawału serca lub udaru.
 - 3.2.1.4. **pobyt na OIOM/OIT** trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu.
 - 3.2.1.5. **rekonwalescencja** - trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu.
 - 3.2.2. **Limit maksymalnego pobytu w szpitalu**, za który wypłacane jest świadczenie wynosi **180 dni w każdym roku polisowym**. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się jako dni pełne.
 - 3.2.3. Świadczenie za każdy trwający co najmniej 48 godzin pobyt na **OAIT** wypłacane jest w formie ryczałtu, świadczenia jednorazowego. Jeżeli Ubezpieczyciel w swoich ogólnych warunkach ubezpieczenia przewiduje wypłatę świadczenia jako stawki dziennej za każdy objęty ochroną dzień pobytu na **OAIT** - może zastosować takie rozwiązanie. Świadczenie w formie stawki dziennej jest wypłacane za każdy trwający co najmniej 48 godzin pobyt na OIOM/OIT jednak nie więcej niż za 5 dni pobytu.
 - 3.2.4. W przypadku rekonwalescencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do pierwszych 30 dni po danym pobycie w szpitalu, maksymalnie do 90 dni w roku polisowym.
 - 3.2.5. Ubezpieczony może zgłosić roszczenie z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego:
 - 3.2.5.1. niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
 - 3.2.5.2. po 30 lub 60 dniu tego pobytu - w przypadku długotrwałego pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie powyżej 30 dni.
 - 3.3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie również za hospitalizacje, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wypadków, chorób lub stanów chorobowych występujących w trakcie odpowiedzialności za pobyt w szpitalu u Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 - 3.4. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
 - 3.5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia również w przypadku pobytu w szpitalu związanego z wadą wrodzoną lub schorzeniem będącym jej skutkiem.
 - 3.6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia bez względu na stan zdrowia Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 3.7. W niniejszej Umowie nie ma zastosowania uzależnienie wypłaty świadczenia za pobyt na OAIT od przyczyny tego pobytu, z zastrzeżeniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności opisanych w powyższym pkt 3.4.
4. **LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO**
- 4.1. **Definicje:** za minimalny zakres leczenia specjalistyczne Ubezpieczonego uważa się co najmniej:
 - 4.1.1. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **chemioterapii** ,
 - 4.1.2. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **radioterapii** ,
 - 4.1.3. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **terapii interferonowej**,
 - 4.1.4. **wszczepienie** Ubezpieczonemu **kardiowertera/defibrylatora**,
 - 4.1.5. **wszczepienie** Ubezpieczonemu **rozzrusznika serca**,
 - 4.1.6. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **ablacji**.
 - 4.2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty świadczenie od dnia:
 - 4.2.1. podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 4.2.2. podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 4.2.3. wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozzrusznika serca lub wykonania ablacji.

- 4.3. Ubezpieczyciel gwarantuje jednorazową wypłatę świadczenia za przeprowadzenie każdej z metod leczenia objętych zakresem Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego.
- 4.4. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
5. **POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO**
- 5.1. **Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się:**
- 5.1.1. zdiagnozowanie – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, nowotworu złośliwego, przewlekłego zapalenia wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, udaru, utraty słuchu nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, zawału serca,
- 5.1.2. zajście nieszczęśliwego wypadku – w przypadku: utraty słuchu, tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
- 5.1.3. hospitalizacje – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, boreliozy, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu oraz tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
- 5.1.4. specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej – regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego, gruźlicy – leczenia przeciwpłatkowego, niewydolności nerek – stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki,
- 5.1.5. przeprowadzenia operacji – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, choroby aorty, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, utraty kończyny wskutek choroby, wady serca, zakażonej martwicy trzustki.
- 5.1.6. zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.
- 5.2. **WYMAGANE JEDNOSTKI CHOROBOWE: dla jednostek niezdefiniowanych – definicje zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczyciela:**
- 5.2.1. anemia aplastyczna
- 5.2.2. bąblowiec mózgu
- 5.2.3. chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca by-pass
- 5.2.4. choroba Creutzfeldta-Jakoba
- 5.2.5. zator tętnicy płucnej
- 5.2.6. niewydolność nerek
- 5.2.7. nowotwór złośliwy
- 5.2.8. odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu
- 5.2.9. ropień mózgu.
- 5.2.10. sepsa (posocznica) – za sepsę uważa się taką chorobę, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
a) ośrodkowy układ nerwowy, b) układ krążenia, c) układ oddechowy, d) układ krwiotwórczy, e) nerki, f) wątroba.
Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5.2.11. tężec
- 5.2.12. udar mózgu – za udar mózgu uważa się taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 5.2.13. wścieklizna
- 5.2.14. zakażenie wirusem HIV będące powikłaniem transfuzji krwi
- 5.2.15. zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych

- 5.2.16. zawał serca - za zawał serca uważa się tylko taki zawał, który powoduje:
- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej jednego z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowychlub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),
 - lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
 - nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego;

5.2.17. zgorzel gazowa

5.2.18. Borelioza

5.2.19. choroba aorty brzusznej

5.2.20. choroba aorty piersiowej

5.2.21. gruźlica

5.2.22. przewlekłe zapalenie wątroby

5.2.23. utrata kończyn

5.2.24. utrata słuchu

5.2.25. wada serca

5.2.26. chorobę=a neuronu ruchowego

5.2.27. choroba Huntingtona

5.2.28. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

5.2.29. zakażona martwica trzustki

5.2.30. bakteryjne zapalenie wsierdzia

5.2.31. stwardnienie rozsiane

- 5.3. Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego każdej z ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie wystąpiła wskutek działania tego samego czynnika patogennego i nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił wcześniejsze świadczenie.
- 5.4. W niniejszej Umowie nie stosuje się wymogu minimalnego okresu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich zachorowań, aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela, ani ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym, ani ograniczenia częstotliwości wypłat.
- 5.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wcześniejszych chorób lub stanów chorobowych, pod warunkiem, że Ubezpieczony objęty był Poprzednią umową ubezpieczenia, w której istniała odpowiedzialność za dane poważne zachorowanie u Ubezpieczonego. Wysokość kwoty świadczenia ustalana jest według wariantu ubezpieczenia obowiązującego dla

- Ubezpieczonego w dniu diagnozy poważnego zachorowania.
- 5.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone (rozumiane jako metoda postępowania z jednostką chorobową np. przeprowadzenie operacji) w okresie 5 lat kalendarzowych przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 5.7. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
6. **NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY**
- 6.1. **Definicja** - Za **niezdolność Ubezpieczonego do pracy** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwającą nieprzerwanie przez okres, co najmniej 180 dni, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, powstałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań, co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy.
- 6.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego zostaje ograniczona w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia do niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.
- 6.3. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**
7. **OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO**
- 7.1. **Definicja operacji chirurgicznej** – przez operację chirurgiczną rozumiemy zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej bądź w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza o specjalności zabiegowej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów wypadku lub choroby.
- 7.2. Zakres operacji chirurgicznych obejmuje wykaz operacji przedstawionych przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r. Wykaz operacji zawiera co najmniej 400 zabiegów operacyjnych, podzielonych na klasy ze zróżnicowaną wysokością świadczenia.
- 7.3. Kwota w pozycji „Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego” w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r., jest to kwota świadczenia za najniższą klasę/grupę operacji nie mniejszą niż : Wariant I - 200,- zł. Wariant II – 250,- zł, Wariant III – 300,- zł.
- 7.4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie operacje chirurgiczne objęte zakresem ubezpieczenia, które przeprowadzono w okresie odpowiedzialności, nawet jeżeli przyczyną operacji były stany chorobowe lub wypadki, które wystąpiły przed zawarciem niniejszej Umowy.
- 7.5. Ubezpieczyciel będzie wypłacał świadczenia także w przypadku, jeżeli analogiczny zabieg został już wcześniej przeprowadzony u Ubezpieczonego lub Ubezpieczony podlegał wcześniej hospitalizacji związanej z tym stanem chorobowym.
- 7.6. Ubezpieczyciel nie uzależnia wypłaty świadczenia za przeprowadzoną operacją od obowiązku pobytu w szpitalu w związku z tą operacją.
- 7.7. Wysokość świadczenia należnego z tytułu operacji chirurgicznej nie jest uzależniona od metody przeprowadzenia operacji, jest ona taka sama również w przypadku zastosowania metody endoskopowej.
- 7.8. W przypadku wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonych od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia.
- 7.9. **Pozostałe Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**

8. **NOWOTWÓR IN-SITU UBEZPIECZONEGO**

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdiagnozowanie u Ubezpieczonego **Nowotworu złośliwego** w stadium przedinwazyjnym, tzw. in situ – to znaczy nowotworu złośliwego rozpoznanego we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny.

- 8.1. **Pozostałe zapisy definicji i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niesprzeczne z zapisami Umowy Generalnej Ubezpieczenia – zgodne z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.**

9. **KARTA APTECZNA**

- 9.1. Świadczenie na pokrycie kosztów zakupów leków. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie prawa do świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.
- 9.2. Świadczenie realizowane jest trzykrotnie w każdym rocznym okresie ubezpieczenia w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r. i jest wypłacane gotówkowo lub bezgotówkowo (odbiór leków w aptece lub wydanie karty przedpłaconej).

ROZDZIAŁ III

KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – KLAUZULE FAKULTATYWNE

1. **Klauzula fakultatywna Nr 1** – Ubezpieczyciel zaoferuje osobom przystępującym do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, że zapewni przez okres co najmniej 12 miesięcy warunki ubezpieczenia takie same jakie Ubezpieczony miał w ostatnim miesiącu udzielanej ochrony w ramach ubezpieczenia grupowego na życie.
2. **Klauzula fakultatywna Nr 2** – Ubezpieczyciel zaoferuje rozszerzenie katalogu procedur leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego do minimum 8 procedur medycznych i przedstawi wraz z ofertą stosowne postanowienie dodatkowe do ogólnych warunków ubezpieczenia w tym zakresie.
3. **Klauzula fakultatywna Nr 3** - Ubezpieczyciel zaoferuje rozszerzenie katalogu jednostek chorobowych w opcji poważnego zachorowania Ubezpieczonego o min. 5 jednostek. Ubezpieczyciel przedstawi wraz z ofertą stosowne postanowienie dodatkowe do ogólnych warunków ubezpieczenia w tym zakresie.
4. **Klauzula fakultatywna Nr 4** – Operacje chirurgiczne - Ubezpieczyciel zaoferuje włączenie do ochrony ubezpieczeniowej rozszerzenie zakresu operacji chirurgicznych dotyczące wypłaty dodatkowych świadczeń np. jeżeli operacja będzie skutkiem określonych stanów chorobowych lub wypadków, będzie związana z długotrwałym pobytem w szpitalu. Ubezpieczyciel załączy do oferty warunki szczególne oferowanej ochrony ubezpieczeniowej w tym zakresie.
5. **Klauzula fakultatywna Nr 5** – Ubezpieczyciel zaoferuje włączenie do ochrony ubezpieczeniowej świadczenia dodatkowe związane z zakażeniem COVID 19 takie jak np. podwyższenie świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, pobytu na OIT, dodatkowej jednostki chorobowej. Ubezpieczyciel załączy do oferty warunki szczególne oferowanej ochrony ubezpieczeniowej w tym zakresie.

Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia zostaną dołączone zapisy tylko tych Klauzul, które zaoferuje Ubezpieczyciel, który wygra niniejsze postępowanie – zgodnie z zakresem w złożonej ofercie.

ROZDZIAŁ IV

POSTANOWIENIA DODATKOWE

1. **SYSTEM INFORMATYCZNY**

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

2. **WARUNKI TECHNICZNE NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

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

ROZDZIAŁ V

WYKONYWANIE CZYNNOŚCI FAKTYCZNYCH W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ

1. Umowa Generalna Ubezpieczenia zostanie zawarta i będzie wykonywana za pośrednictwem i przy udziale Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o. w Łodzi na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t. j. Dz.U. 2022 r., poz. 905 ze zm.) w ramach udzielonego pełnomocnictwa.
2. Ubezpieczyciel przyjmuje do wiadomości, że czynności realizowane w niniejszym postępowaniu przez Brokera mają charakter czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz akceptuje skutki, jakie z tego faktu wynikają z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t. j. Dz.U. 2022 r., poz. 905 ze zm.), a także powszechnie utrwalonych w obrocie gospodarczym obyczajów.
3. Broker Ubezpieczeniowy będzie zobowiązany w ramach obsługi w szczególności do reprezentowania, organizacji i planowania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń zgodnie z aktami prawnymi regulującymi działalność brokerską.
4. Ubezpieczający wyraża zgodę, aby przeszkoleni przez Ubezpieczyciela pracownicy Ubezpieczającego, w ustalonym czasie realizowali na rzecz Ubezpieczyciela niezbędne zadania dokumentacyjne.

5. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Brokerowi kurtażu brokerskiego za czynności brokerskie związane z doprowadzeniem do zawarcia niniejszej Umowy, określone w ustawie z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t. j. Dz.U. 2022 r., poz. 905 ze zm.). Kurtaż za czynności brokerskie będzie wypłacany w wysokości stanowiącej 10% raty składki zapłaconej przez Ubezpieczającego, przez cały okres trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
6. Kurtaż za czynności brokerskie obejmuje wszystkie koszty związane z doprowadzeniem do zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

Umowa Generalna Ubezpieczenia oraz inne materiały i treści dotyczące ubezpieczeń, w zakresie i sposobie formułowania, wykraczającym poza bezwzględnie obowiązujące uregulowania prawa i ogólne warunki ubezpieczenia funkcjonujące w Towarzystwach Ubezpieczeniowych, stanowią wyłączną własność intelektualną Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o. o. i podlegają ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. 2021 poz. 1062 ze zm.).

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