

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku (umowa dodatkowa). Umowy dodatkowe zawierane są jako rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia podstawowego (umowy podstawowej) zawartej pomiędzy MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym.

Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do umowy podstawowej.

Definicje



Terminy określone w ogólnych warunkach umowy podstawowej stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Artykuł 1 - Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć lub trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2 - Warunki zawarcia umowy, składka i suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia, działalności zawodowej, uprawianych przez Ubezpieczonego sportów. W wyniku tej analizy umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres, na jaki zawarta jest umowa podstawowa.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 64 lata w roku zawierania umowy dodatkowej.
6. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w umowie.
7. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową zależy w szczególności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo ustala wysokość składki na okres ubezpieczenia.
8. Składka za umowę dodatkową doliczana jest do składki za umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.

Artykuł 3 - Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
 - 6) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 8) samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli jego śmierć nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy dodatkowej,
 - 9) zaburzeń psychicznych,
 - 10) następujących chorób: udaru mózgu, zawału serca, wylewu krwi do mózgu,
 - 11) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
2. W przypadku trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
 - 6) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień,
 - 9) zaburzeń psychicznych,
 - 10) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 4 - Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego następuje w przypadkach określonych w umowie podstawowej oraz w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej,
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 3) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia, przypadającym po 65 urodzinach Ubezpieczonego,

- 4) wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - 5) wypłaty jednego ze świadczeń z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie umowy podstawowej skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowej.

Artykuł 5 - Świadczenie

1. Śmierć lub trwale i całkowite inwalidztwo zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli śmierć lub trwale i całkowite inwalidztwo wystąpiło przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, przy czym nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Uposażony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) Odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) Dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego,
 - 4) Zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego,
 - 5) Dokumentację medyczną dotyczącą nieszczęśliwego wypadku oraz dokumentację dotyczącą przyczyn nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) Inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do podjęcia decyzji o zasadności zgłaszanego roszczenia.
3. W przypadku trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony, zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) Dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) Zaświadczenie lekarskie:
 - a) określające datę, w której trwale i całkowite inwalidztwo zostało orzeczone,
 - b) określające przyczynę trwałego i całkowitego inwalidztwa,
 - c) potwierdzające, że Ubezpieczony jest trwale niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej lub uzyskiwania jakichkolwiek dochodów i że musi on korzystać z pomocy osób trzecich w celu wykonywania zwykłych czynności życiowych.
 - 4) Dokumentację medyczną dotyczącą nieszczęśliwego wypadku oraz dokumentację dotyczącą przyczyn nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) Inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do podjęcia decyzji o zasadności zgłaszanego roszczenia.

Artykuł 6 - Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowania ogólne warunki ubezpieczenia z umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 16 lutego 2009 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.
4. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 1 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 12 lutego 2009 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

2

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (umowa dodatkowa). Umowy dodatkowe zawierane są jako rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia podstawowego (umowa podstawowa) zawartej pomiędzy MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym.

Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do umowy podstawowej.

Definicje

▼
Terminy określone w ogólnych warunkach umowy podstawowej stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Dodatkowo do terminów tych dodaje się poniższe definicje:

Zawał serca:

Martwica części mięśnia serca wywołana ustaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia serca. Rozpoznanie dokonuje się na podstawie następujących wykładników zawału serca: zmiany stężenia biomarkerów sercowych w surowicy krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl zakresu referencyjnego ze współistniejącym co najmniej jednym z klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego lub świeże zmiany w EKG (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, patologiczny załamek Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa). Termin ten nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Udar mózgu:

Martwica tkanki mózgowej spowodowana wyłącznie przyczynami naczyniowymi związanymi z mózgowym przepływem krwi wynikająca z przerwania dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotoku do tkanki mózgowej, powodująca powstanie trwałych ubytków neurologicznych, objawiająca się wystąpieniem świeżych objawów neurologicznych udaru mózgu trwających dłużej niż 24 h, potwierdzonych w badaniu tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Termin ten nie obejmuje epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanych urazem, wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych.

Nowotwór złośliwy:

Charakteryzuje się niekontrolowanym mnożeniem się komórek i ich rozprzestrzenianiem się, polegającym na naciekaniu i niszczeniu tkanek przez ciągłość. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Wyłączone są następujące

stany chorobowe: nowotwór w najwcześniejszym stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ); dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe; nowotwory współistniejące z zakażeniem wirusem HIV; nowotwory skóry inne niż czerniak złośliwy przekraczający warstwę naskórka; rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0; rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego.

Przeszczep narządu:

Przeszczepienie Ubezpieczonemu, który jest biorcą jednego z następujących narządów: serce, płuco, wątroba, trzustka, szpik kostny (także przy zastosowaniu komórek macierzystych) po uprzednim całkowitym zniszczeniu własnego szpiku biorcy. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące same komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

Poważne zachorowanie:

To stany chorobowe wymienione powyżej, tj. zawał serca, udar mózgu, nowotwór złośliwy lub przeszczep narządu.

Artykuł 1 – Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2 – Warunki zawarcia umowy, składka i suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia, działalności zawodowej, uprawianych przez Ubezpieczonego sportów. W wyniku tej analizy umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres, na jaki zawarta jest umowa podstawowa.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 54 lata w roku zawierania umowy dodatkowej,
6. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie karencji wynoszącej 90 dni od daty zawarcia umowy dodatkowej. Za okres karencji Towarzystwo nie pobiera składki ubezpieczeniowej.
7. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w umowie.
8. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową zależy w szczególności od wieku, wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo ustala wysokość składki na okres ubezpieczenia.
9. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową doliczana jest do składki za umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.

Artykuł 3 – Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności:

1. Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przy zawieraniu umowy dodatkowej, a o które Towarzystwo zapytywało we wniosku lub w innych pismach.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie zostało zdiagnozowane lub leczone u Ubezpieczonego przed zawarciem umowy dodatkowej lub w okresie karencji oraz gdy poważne zachorowanie wynika ze schorzeń, które wystąpiły przed zawarciem umowy dodatkowej.
3. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
 - 6) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia.

Artykuł 4 – Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego następuje w przypadkach określonych w umowie podstawowej oraz w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej,
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 3) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia, przypadającym po 60 urodzinach Ubezpieczonego,
 - 4) wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - 5) wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie umowy podstawowej skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowej.

Artykuł 5 – Świadczenie

1. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczony ma prawo do jednorazowego świadczenia.
2. Świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez okres co najmniej 30 dni od daty zdiagnozowania poważnego zachorowania.
3. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie, zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) Dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) Zaświadczenie lekarskie potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania,
 - 4) Pełną dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania,
 - 5) Inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do podjęcia decyzji o zasadności zgłaszanego roszczenia.

4. W celu ustalenia zasadności zgłaszanego roszczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo. W przypadku odmowy poddania się badaniom przez Ubezpieczonego Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

Artykuł 6 – Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania mają zastosowania ogólne warunki ubezpieczenia z umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2013 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Zatwierdzone uchwałą nr 2 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 12 lutego 2009 r.

Zmienione uchwałą nr 5 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 13 grudnia 2012 r.

Tekst jednolity zatwierdzony uchwałą nr 6 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 13 grudnia 2012 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (umowa dodatkowa). Umowy dodatkowe zawierane są jako rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia podstawowego (umowy podstawowej) zawartej pomiędzy MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym.

Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do umowy podstawowej.

Definicje

▼
Terminy określone w ogólnych warunkach umowy podstawowej stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Dodatkowo do terminów tych dodaje się poniższą definicję:

Szpital

Zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki medycznej, zabiegów diagnostycznych, zabiegów terapeutycznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych przez wykwalifikowany średni i wyższy personel medyczny. Definicja szpitala nie obejmuje: ośrodków opieki społecznej, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień.

Artykuł 1 - Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2 - Warunki zawarcia umowy, składka i suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia, działalności zawodowej oraz uprawianych przez Ubezpieczonego sportów. W wyniku tej analizy umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres, na jaki zawarta jest umowa podstawowa.

5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 64 lata w roku zawierania umowy dodatkowej.
6. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w umowie.
7. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową zależy w szczególności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo ustala wysokość składki na okres ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową doliczana jest do składki za umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.

Artykuł 3 - Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
 - 6) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień,
 - 9) zaburzeń psychicznych,
 - 10) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 4 Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego następuje w przypadkach określonych w umowie podstawowej oraz w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej,
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 3) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia, przypadającym po 65 urodzinach Ubezpieczonego,
 - 4) wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej.
2. Rozwiązanie umowy podstawowej skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowej.

Artykuł 5 - Świadczenie

1. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, przy czym nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwającego więcej niż 1 doba, jednakże nie więcej niż za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania umowy dodatkowej.

3. Wysokość dziennego świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 zł.
4. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) Wniosek o wypłatę świadczenia
 - 2) Dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego
 - 3) Kartę informacyjną leczenia szpitalnego
 - 4) Dokumentację dotyczącą przyczyn nieszczęśliwego wypadku
 - 5) Inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do podjęcia decyzji o zasadności zgłaszanego roszczenia

Artykuł 6 - Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowania ogólne warunki ubezpieczenia z umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 16 lutego 2009 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.
4. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 3 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 12 lutego 2009 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (umowa dodatkowa). Umowy dodatkowe zawierane są jako rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia podstawowego (umowy podstawowej) zawartej pomiędzy MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym.

Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do umowy podstawowej.

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach umowy podstawowej stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Dodatkowo do terminów tych dodaje się poniższą definicję:

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Trwałe naruszenie sprawności organizmu powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli wystąpiło ono przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 1 – Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 2 – Warunki zawarcia umowy, składka i suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia, działalności zawodowej oraz uprawianych przez Ubezpieczonego sportów. W wyniku tej analizy umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres, na jaki zawarta jest umowa podstawowa.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 64 lata w roku zawierania umowy dodatkowej.
6. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w umowie.
7. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową zależy w szczególności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo ustala wysokość składki na okres ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową doliczana jest do składki za umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.

Artykuł 3 – Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
 - 6) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień,
 - 9) zaburzeń psychicznych,
 - 10) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 4 – Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego następuje w przypadkach określonych w umowie podstawowej oraz w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej,
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 3) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia, przypadającym po 65 urodzinach Ubezpieczonego,
 - 4) wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - 5) zajścia jednego lub więcej zdarzeń ubezpieczeniowych skutkujących wypłatą świadczenia lub świadczeń z tytułu umowy dodatkowej, wyczerpujących sumę ubezpieczenia.
2. Rozwiązanie umowy podstawowej skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowej.

Artykuł 5 – Świadczenie

1. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem art. 2, ustalony poniżej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie dodatkowej:

Utrata części ciała lub zmysłu:	Procent sumy ubezpieczenia:
Kończyny górne	
Utrata obu kończyn na wysokości ramienia	100%
Utrata jednej kończyny na wysokości ramienia	70%
Utrata obu kończyn na wysokości przedramienia	100%
Utrata jednej kończyny na wysokości przedramienia	60%
Utrata 1 dłoni	40%
Utrata 2 dłoni	60%
Utrata 5 palców ręki	30%

Kończyny dolne	
Utrata obu kończyn na wysokości uda	100%
Utrata jednej kończyny na wysokości uda	60%
Utrata obu kończyn na wysokości podudzia	100%
Utrata jednej kończyny na wysokości podudzia	50%
Utrata 1 stopy	40%
Utrata 2 stóp	60%
Utrata 5 palców stopy	20%
Zmysły	
Utrata oka	50%
Trwała i nieodwracalna utrata mowy	100%
Trwała i nieodwracalna utrata słuchu	100%
Trwała i nieodwracalna utrata wzroku	100%
Oparzenia	
III stopnia powyżej 15% powierzchni ciała	75%

2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z umowy dodatkowej, bez względu na liczbę zdarzeń ubezpieczeniowych i zakres uszkodzeń ciała.
3. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) Dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) Dokumentację dotyczącą przyczyn nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) Zaświadczenie lekarskie określające rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 5) Dokumentację medyczną związaną z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 6) Inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do podjęcia decyzji o zasadności zgłaszanego roszczenia.
4. Przedłożone Towarzystwu wyniki badań oraz inne dokumenty związane ze zgłoszonym roszczeniem nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia zasadności zgłaszanego roszczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo. W przypadku odmowy poddania się badaniom przez Ubezpieczonego Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
5. Na podstawie zebranej dokumentacji Towarzystwo podejmuje decyzję o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 6 – Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowania ogólne warunki ubezpieczenia z umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 16 lutego 2009 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.
4. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 4 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 12 lutego 2009 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (umowa dodatkowa). Umowy dodatkowe zawierane są jako rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia podstawowego (umowy podstawowej) zawartej pomiędzy MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym.

Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do umowy podstawowej.

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach umowy podstawowej stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Dodatkowo do terminów tych dodaje się poniższą definicję:

Trwała i całkowita niezdolność do pracy

Stan niesprawności Ubezpieczonego, trwający nieprzerwanie przez 12 miesięcy, uniemożliwiający mu świadczenie jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, potwierdzony orzeczeniem lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej oraz decyzją odpowiedniego organu rentowego o niezdolności do pracy orzeczonej na okres dłuższy niż 5 lat;

Artykuł 1 – Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na skutek przyczyny, zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2 – Warunki zawarcia umowy, składka i suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia, działalności zawodowej oraz uprawianych przez Ubezpieczonego sportów. W wyniku tej analizy umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres, na jaki zawarta jest umowa podstawowa.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 54 lata w roku zawierania umowy dodatkowej.
6. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w umowie.

7. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową zależy w szczególności od wieku, wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo ustala wysokość składki na okres ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa za umowę dodatkową doliczana jest do składki za umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.

Artykuł 3 – Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przy zawieraniu umowy dodatkowej, a o które Towarzystwo zapytywało we wniosku lub w innych pismach.
2. W przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
 - 6) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień,
 - 9) zaburzeń psychicznych.

Artykuł 4 – Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego następuje w przypadkach określonych w umowie podstawowej oraz w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej,
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 3) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia, przypadającym po 60 urodzinach Ubezpieczonego,
 - 4) wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - 5) wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie umowy podstawowej skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowej.

Artykuł 5 – Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) Dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) Dokument wydany przez organ rentowy stwierdzający trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - 4) Pełną dokumentację potwierdzającą wystąpienie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - 5) Inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do podjęcia decyzji o zasadności zgłaszanego roszczenia.

2. Przedłożone Towarzystwu wyniki badań, orzeczenia i inne dokumenty związane ze zgłoszonym roszczeniem nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia zasadności zgłaszanego roszczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo. W przypadku odmowy poddania się badaniom przez Ubezpieczonego Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
3. Na podstawie zebranej dokumentacji Towarzystwo podejmuje decyzję o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

Artykuł 6 - Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy mają zastosowania ogólne warunki ubezpieczenia z umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2013 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Zatwierdzone uchwałą nr 5 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 12 lutego 2009 r.

Zmienione uchwałą nr 3 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 13 grudnia 2012 r.

Tekst jednolity zatwierdzony uchwałą nr 4 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 13 grudnia 2012 r.