



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM

Artykuł I	Postanowienia ogólne	3
Artykuł II	Definicje	3
Artykuł III	Przedmiot i zakres odpowiedzialności	5
Artykuł IV	Zawarcie Umowy ubezpieczenia	5
Artykuł V	Przystępowanie do Umowy ubezpieczenia	6
Artykuł VI	Zawieszenie opłacania składek	7
Artykuł VII	Prawa i obowiązki Stron	7
Artykuł VIII	Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	7
Artykuł IX	Zmiany w Umowie ubezpieczenia	8
Artykuł X	Składki	8
Artykuł XI	Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	9
Artykuł XII	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa	9
Artykuł XIII	Wypłata świadczenia	10
Artykuł XIV	Uprawnieni do świadczenia	10
Artykuł XV	Umowy Dodatkowe	11
1.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	11
2.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	11
3.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	12
4.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	12
5.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	13
6.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	13
7.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	14
8.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	15
9.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego	16
10.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka	18
11.	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych	20
12.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	21
13.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	22
14.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	23
15.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	23
16.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	24
17.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka	25
18.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	25
19.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	26
20.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	26
21.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	26
22.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	27
23.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego	27
24.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka	27
25.	Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	28
26.	Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej	28
27.	Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	32
28.	Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej	33
29.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	34
30.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	35
31.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia	35
32.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku	36
33.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku	36
34.	Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	37

35. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	37
36. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	38
37. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	39
Artykuł XVI Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.	39
Artykuł XVII Indywidualna kontynuacja	42
Artykuł XVIII Skargi i zażalenia	42
Artykuł XIX Postanowienia końcowe.	42
Załącznik nr 1 – Tabela uszczerbków na zdrowiu	43
Załącznik nr 2 – Katalog operacji chirurgicznych	56
Załącznik nr 3 – Katalog wad wrodzonych	64
Załącznik nr 4 - Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	66

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 3/2012 z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)

	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer zapisu z wzorca umownego	
Postanowienia dla umowy podstawowej i umów dodatkowych:	Art. III ust. 2 i 5	Art. XII, Art. XIII ust. 7 Art. XIV ust. 11 i 12
Postanowienia dla umów dodatkowych:		
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 1 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 1 pkt 2 i 6
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 2 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 2 pkt 2 i 6
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku w środku lokomocji	Art. XV ust. 3 pkt 1 i 5	Art. V ust. 3 pkt 2 i 6
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 4 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 4 pkt 3 i 6 i 7
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	Art. XV ust. 5 pkt 1 i 7	Art. XV ust. 5 pkt 2 i 3 i 4 i 7 i 8
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 6 pkt 1 i 7 i 11	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 8 i 9 i 12
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 7 pkt 1 i 3 i 7 i 11	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 8 i 9 i 10
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 9 i 11 i 13	Art. XV ust. 8 pkt 3 i 4 i 10

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	Art. XV ust. 9 pkt 2	Art. XV ust. 9 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Poważne zachorowanie Dziecka	Art. XV ust. 10 pkt 2	Art. XV ust. 10 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 11 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 12 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 14 i 15	Art. XV ust. 12 pkt 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 16
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 13 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 13 pkt 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 14 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 14 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku w środku lokomocji	Art. XV ust. 15 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 15 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 16 pkt 1 i 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 16 pkt 5 i 6 i 7 i 8
Śmierć Współmałżonka	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 17 pkt 2 i 4
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 18 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 18 pkt 2 i 4
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 19 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 19 pkt 2 i 4 i 5
Śmierć Teściów	Art. XV ust. 20 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 20 pkt 2 i 4 i 5 i 6 i 7
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 21 pkt 2 i 3	
Urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	Art. XV ust. 22 pkt 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 47 pkt 6
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XV ust. 23 pkt 1	
Śmierć Dziecka	Art. XV ust. 24 pkt 2 i 4	Art. XV ust. 24 pkt 3 i 5
Osierocenie Dziecka	Art. XV ust. 25 pkt 2	Art. XV ust. 25 pkt 3

Pomoc medyczna	Art. XV ust. 26 pkt 4 i 5 i 6 i 10	Art. XV ust. 26 pkt 7 i 8
Druga opinia medyczna	Art. XV ust. 27 pkt 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 27 pkt 5 i 7 i 8
Rehabilitacja medyczna	Art. XV ust. 28 pkt 2 i 3 i 7 i 8 i 9	Art. XV ust. 28 pkt 4 i 5 i 6 i 12
Śmierć Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 29 pkt 2 i 4	Art. XV ust. 28 pkt 3 i 5
Pobytu Dziecka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 30 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 30 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Urodzenie Dziecka martwego lub poronienia	Art. XV ust. 31 pkt 3	Art. XV ust. 31 pkt 3 i 4
Śmierć Rodziców wskutek NW	Art. XV ust. 32 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 32 pkt 2 i 4
Śmierć Teściów wskutek NW	Art. XV ust. 33 pkt 1 i 7	Art. XV ust. 33 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 34 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 34 pkt 4 i 5 i 6
Refundacja kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW	Art. XV ust. 35 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 35 pkt 2 i 3
Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XV ust. 36 pkt 1 i 2 i 4	Art. XV ust. 36 pkt 3 i 4
Refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	Art. XV ust. 37 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 37 pkt 3
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Art. XVI ust. 7	Art. XVI ust. 7

	3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Art. XVI ust. 8	Art. XVI ust. 8

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM NR 3/2012

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, zwane dalej „OWU”, stanowią podstawę zawarcia Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia” zawieraną na rzecz Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej „Towarzystwem”.

Artykuł II

Definicje

Wymienione poniżej terminy użyte w OWU, we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w Polisie oraz w innych pismach i dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia definiuje się następująco:

1. **certyfikat** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, wystawiany dla każdego Ubezpieczonego;
2. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
3. **data początku ochrony ubezpieczeniowej (odpowiedzialności Towarzystwa)** – data przystąpienia Pracownika do Umowy ubezpieczenia;
4. **data zatrudnienia** – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku;
5. **deklaracja** – dokument, w którym Pracownik wyraża wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej;
6. **Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się po 22. tygodniu trwania ciąży i które nie osiągnęło wieku 26 lat;
7. **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
8. **Konkubent** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Pracownikiem, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 36 miesięcy;
9. **limit automatycznej akceptacji** – ustalana przez Towarzystwo i wskazana w Umowie ubezpieczenia maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 2 oraz Art. III ust. 3 pkt 4), 7), 9), 11), 12), 16), 25), 28), 34) oraz 37) z jaką Towarzystwo może udzielić ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
10. **Macocha** – aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, albo wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego

lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

11. **miesiąc polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego;
12. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle;
13. **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
14. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
15. **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub Współmałżonka, albo wdowiec po matce Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
16. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w Polisie;
17. **okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w Polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa;
18. **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne oraz zabiegi niebędące koniecznością medyczną. Definicja obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
19. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
20. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz jej warunki;

21. **poważna choroba** – którakolwiek z chorób, zabiegów lub operacji zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych chorób;
22. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo. Za Pracownika uznawana jest również osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą występująca w Umowie ubezpieczenia jako Ubezpieczający;
23. **prolongata** – liczba dni, o które Towarzystwo odroczyło opłacenie składki całkowitej, licząc od terminu należności składki. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w danej Umowie ubezpieczenia;
24. **rocznica Polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
25. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
26. **składka całkowita** – suma składek ochronnych i inwestycyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych w danym okresie rozliczeniowym;
27. **składka inwestycyjna** – określona w Polisie i certyfikacie kwota, wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, należna za Ubezpieczonego w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, o ile zawarta została Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
28. **składka ochronna** – kwota określona w Polisie i certyfikacie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym;
29. **suma ubezpieczenia** – określona w Polisie i certyfikacie kwota, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
30. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo odpowiednio wykwalifikowany personel pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
31. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego oraz pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
32. **termin należności składki** – data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach, wyznaczanych przez częstotliwość opłacania składki;
33. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka, o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
34. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
35. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
36. **Ubezpieczony** – Pracownik, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia. Ponadto za zgodą Towarzystwa Ubezpieczonym może być również Współmałżonek (Konkubent) Pracownika, pod warunkiem przystąpienia do Umowy ubezpieczenia zarówno Współmałżonka (Konkubenta) jak i samego Pracownika;
37. **Umowa Dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres Umowy Podstawowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe lub o możliwość inwestowania środków w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy;
38. **Umowa Podstawowa** – Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
39. **Uposażony** – osoba wskazana na piśmie lub elektronicznie przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
40. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- umowa grupowego ubezpieczenia zawarta przez Ubezpieczającego z innym Ubezpieczycielem;
 - dowolna Umowa grupowego ubezpieczenia zawarta z Towarzystwem;
 - umowa Indywidualnej Kontynuacji zawarta przez Ubezpieczonego z Towarzystwem;
- w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem oraz z tytułu której ochrona zakończyła się lub w przypadku umowy Indywidualnej Kontynuacji zakończy się w ciągu 30 dni od dnia objęcia ochroną w ramach niniejszej Umowy;
41. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu, w którym wiek jest liczony;
42. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
43. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;

- 2) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - 3) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt.1), chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionym Towarzystwu protokole powypadkowym sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
44. **wypadek w środku lokomocji** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji i uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
45. **pobyt Dziecka w szpitalu** – całonocowy pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty wypisania ze szpitala.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa, w ramach Umowy Podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego zaistniałą w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Na wniosek Ubezpieczającego, i po akceptacji Towarzystwa, zakres odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2, może zostać rozszerzony, w ramach Umów Dodatkowych o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - 4) śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 5) niezdolność do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 8) trwałe uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) poważna choroba Ubezpieczonego;
 - 10) poważna choroba Dziecka;
 - 11) operacje chirurgiczne;
 - 12) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 13) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 15) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - 16) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;

- 17) śmierć Współmałżonka;
 - 18) śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 19) śmierć Rodziców;
 - 20) śmierć Teściów;
 - 21) urodzenie Dziecka;
 - 22) urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną;
 - 23) urodzenie Dziecka martwego;
 - 24) śmierć Dziecka;
 - 25) osierocenie Dziecka;
 - 26) pomoc medyczna;
 - 27) druga opinia medyczna;
 - 28) rehabilitacja medyczna;
 - 29) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 30) pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 31) urodzenie Dziecka martwego lub poronienie;
 - 32) śmierć Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 33) śmierć Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 34) ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 35) refundację kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 36) refundację kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 37) refundację kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty.
4. Przedmiot i zakres odpowiedzialności potwierdza Polisa.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
 6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo zrealizuje swoje zobowiązania zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.
 7. Zobowiązania Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikatach.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 warunkiem niezbędnym do zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
 - 1) wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 2) kompletu deklaracji podpisanych przez osoby wyrażające wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia na warunkach określonych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 3) wykazu osób deklarujących wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, za które została opłacona pierwsza składka całkowita;
 - 4) kopii przelewu pierwszej składki całkowitej;
 - 5) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w deklaracji.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli wolę przystąpienia do niej zadeklaruje min. 75% Pracowników Ubezpieczającego zatrudniającego od 3 do 20 Pracowników, jednak nie mniej niż 3 osoby.

3. Ubezpieczający zatrudniający od 3 do 20 Pracowników może zawrzeć z Towarzystwem tylko jedną Umowę ubezpieczenia.
4. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, w znaczący sposób różnią się od tych, na podstawie których została przygotowana propozycja warunków ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 20 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów, zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie.
5. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu pierwszą składkę całkowitą w pełnej wysokości.
6. Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia, który może przypadać na 1. lub 15. dzień każdego miesiąca kalendarzowego, następujący po łącznym spełnieniu warunków określonych w ust. 1.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na okres jednego roku liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia.
8. Zawarcie Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez zawarcia Umowy Podstawowej.
9. Umowa Podstawowa i Umowa Dodatkowa zostają przedłużone na kolejny okres roczny, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej Strony na piśmie pod rygorem nieważności nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Podstawowa i Umowa Dodatkowa zostały zawarte. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej lub Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli o ich nieprzedłużaniu na kolejny okres roczny.
10. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dniu rocznicy Polisy lub za zgodą Towarzystwa w wybraną miesięcznicę polisy datę początku okresu ubezpieczenia albo najbliższy termin należności składki następujący po dacie zatrudnienia Pracownika, w którym spełnione zostały warunki wymienione w ust. 1, o ile Ubezpieczający nie wskaże innej daty nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na termin należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, o ile spełnione zostały warunki wymienione w ust. 1.
5. Za datę nabycia przez Współmałżonka lub Konkubenta Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia uważa się odpowiednio późniejszą z dat: datę nabycia prawa do przystąpienia przez Pracownika lub najbliższy termin należności składki następujący po dacie zawarcia związku małżeńskiego lub złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania Konkubenta.
6. Ubezpieczonemu, któremu ochrona z tytułu Umowy ubezpieczenia wygaśa z dniem najbliższej miesięcznicy polisy po rozpoczęciu urlopu wychowawczego lub macierzyńskiego i który w związku z tym zawarł z Towarzystwem umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, przysługuje prawo ponownego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została rozwiązana i okres między zakończeniem ochrony z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia a ponownym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 31 dni. Za datę nabycia prawa ponownego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, o którym mowa powyżej - uważa się najbliższy termin należności składki następujący po powrocie Pracownika z urlopu wychowawczego lub macierzyńskiego, jeżeli zostały spełnione warunki wymienione w ust. 1.
7. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która uprzednio wyraziła wolę skorzystania z zastrzeżonej na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia składa deklarację oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo wskazane w deklaracji. Towarzystwo przyjmuje oświadczenia woli oraz inne dokumenty, o których mowa powyżej, nie starsze niż 3 miesiące od dnia ich podpisania przez osobę przystępującą.
8. Za datę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację, podpisaną przez osobę przystępującą do Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki ochronnej z uwzględnieniem okresu prolongaty.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo.
10. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku nie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę składkę ochronną i inwestycyjną.
12. Jeżeli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo wyrazi zgodę na objęcie ochroną Ubezpieczonego, decyzja Towarzystwa będzie skuteczna

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy ubezpieczenia

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która:
 - 1) jest w wieku co najmniej 15 lat i ma nie więcej niż 65 lat;
 - 2) jest Pracownikiem Ubezpieczającego albo Współmałżonkiem albo Konkubentem Pracownika;
 - 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 4) spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz podane w Polisie;
 - 5) przeszła pozytywnie ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która spełniła warunki wymienione w ust. 1 pkt 1)-2) i 4)-5) oraz która w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia przebywa na zwolnieniu lekarskim pod warunkiem, że wcześniejsza umowa ubezpieczenia została rozwiązana przed dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia i okres między zakończeniem ochrony w stosunku do tej osoby z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż miesiąc kalendarzowy, bezpośrednio poprzedzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Za datę nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia uważa się późniejszą z dat:

- z dniem najbliższego terminu należności składki następującego po dacie wydania tejże decyzji.
13. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
14. Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 4), 5), 7), 9), 11)–16), 26)–28), 34) oraz 37) może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.
15. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Podstawowej jest równoznaczna z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Dodatkowej.

Artykuł VI

Zawieszenie opłacania składek

1. Zawieszenie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego i obowiązuje od najbliższego terminu należności składki przypadającego po dacie akceptacji przez Towarzystwo wniosku złożonego w tej sprawie. Maksymalny okres, na jaki opłacanie składek ochronnych może zostać zawieszony wynosi 36 miesięcy.
2. W okresie zawieszenia opłacania składek ochronnych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, a składka ochronna i inwestycyjna nie jest należna.
3. Wznowienie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego z zastosowaniem 6. miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty wznowienia odpowiedzialności Towarzystwa, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka lub urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną – 9 miesięcy.
4. W przypadku wznowienia opłacania składek ochronnych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania zmiany warunków ubezpieczenia, jeżeli z posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych wynika, że ryzyko ubezpieczeniowe związane ze wznowieniem odpowiedzialności Towarzystwa, odbiega od ryzyka, na podstawie którego ustalono warunki ubezpieczenia przed zawieszeniem opłacania składek ochronnych.
5. Wznowienie odpowiedzialności po okresie zawieszenia opłacania składek ochronnych następuje począwszy od najbliższego terminu należności składki, następującego po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wznowienie odpowiedzialności oraz po opłaceniu składki całkowitej za okres udzielanej ochrony, z zastrzeżeniem ust. 3.

Artykuł VII

Prawa i obowiązki Stron

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) udostępniania Ubezpieczonym OWU będących podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia, przed zebraniem od nich deklaracji;
 - 2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonym Polisy;
 - 4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony

- ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków Umowy ubezpieczenia, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
- 5) informowania Towarzystwa, zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 - 6) przekazywania do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składek całkowitych;
 - 7) przekazywania do Towarzystwa, w terminie należności składki całkowitej (bez okresu prolongaty) i w ustalonym przez Towarzystwo formacie, rozliczenia składek wraz z aktualnymi wykazami Ubezpieczonych przystępujących lub występujących z Umowy ubezpieczenia oraz ze wskazaniem przyczyny wystąpienia (w szczególności w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym), z zastrzeżeniem, że za szkody powstałe wskutek błędnie przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 8) przekazywania na wniosek Towarzystwa innych dokumentów.

2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej informacji dotyczącej warunków Umowy ubezpieczenia oraz zmiany warunków Umowy ubezpieczenia, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 3) informowania Ubezpieczonego, Uposażonych oraz innych osób uprawnionych o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową jeżeli takie zdarzenia zostaną zgłoszone;
 - 4) zawiadamiania Ubezpieczonego lub Uposażonego lub innych osób uprawnionych, które zgłosiły roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonym lub innym osobom uprawnionym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.
4. Przeniesienie praw i obowiązków powinno być pod rygorem nieważności zaakceptowane na piśmie przez Towarzystwo.

Artykuł VIII

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 1. miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Upływ okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w 1. dniu miesiąca polisowego

następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.

3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu.
4. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej lub odstąpienie od niej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych albo odstąpieniem od nich. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
5. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej bez wypowiedzenia Umowy Podstawowej skutkuje rozwiązaniem Umowy Dodatkowej w najbliższą rocznicę Polisy.
6. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
7. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki całkowitej za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku nieopłacenia składki całkowitej w terminie jej należności, Umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu z bezskutecznym upływem dodatkowego terminu wskazanego przez Towarzystwo w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w Art. X ust. 8.

Artykuł IX

Zmiany w Umowie ubezpieczenia

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany w Umowie są dokonywane w drodze ustaleń pomiędzy Stronami i potwierdzane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczającego którejkolwiek z Umów Dodatkowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do 14-dniowego terminu na przedstawienie Ubezpieczającemu wysokości nowej składki ochronnej i inwestycyjnej.
4. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak: liczebność, struktura wiekowa, płciowa, rodzaj wykonywanego zawodu oraz stosowane karencje), Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składek ochronnych i inwestycyjnych, obowiązujących w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą Polisy.
5. Odmowa Ubezpieczającego przyjęcia zaproponowanych przez Towarzystwo warunków złożona w formie pisemnej do dnia rocznicy Polisy lub brak odpowiedzi Ubezpieczającego, jest równoznaczne ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisowy.
6. Na 30 dni przed każdą rocznicą Polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia oraz składek ochronnych i inwestycyjnych, częstotliwość opłacania składek.
7. Dokonanie zmian warunków w Umowie Podstawowej lub w Umowie Dodatkowej, o których mowa w ust. 4

i w ust. 6, Towarzystwo potwierdzi wystawiając stosowny aneks potwierdzający zakres dokonanych zmian. W przypadku niedokonywania przez Strony żadnych zmian w Umowie Ubezpieczenia, Towarzystwo nie jest zobowiązane do wystawiania aneksu, zaś Umowa Podstawowa i Umowa Dodatkowa przedłużają się na zasadach określonych w Art. IV ust. 9.

Artykuł X

Składki

1. Obowiązek opłacania składek całkowitych istnieje przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych w zależności od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, okresu karencji, częstotliwości opłacania składek oraz liczebności, struktury wiekowej, płciowej, rodzaju wykonywanego zawodu osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia.
3. Wysokości składek należnych z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych potwierdzone są w Polisie.
4. Składki z tytułu Umów Dodatkowych opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składki należne z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych mogą pochodzić ze środków finansowych Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, z tym że roszczenie o zapłatę składki całkowitej przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
6. Składkę całkowitą uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
7. Składki należne z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych mogą być płatne z jedną wybraną częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Termin należności składki, prolongata, wysokości składek oraz częstotliwość ich opłacania określone są w Polisie.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu całości lub części składki całkowitej Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległości w dodatkowym terminie wyznaczonym w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty oraz poinformuje Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia składki całkowitej w wyżej wymienionym dodatkowym terminie. Termin dodatkowy wskazany w wezwaniu do zapłaty nie może być krótszy niż wskazany w obowiązujących przepisach prawa.
9. Skutkiem niezapłacenia składki całkowitej w terminie jej należności jest:
 - 1) zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych – zgodnie z Art. XI ust. 2 pkt 6) oraz;
 - 2) rozwiązanie Umowy ubezpieczenia – zgodnie z Art. VIII ust. 8.
10. Skutkiem niezapłacenia składki ochronnej za poszczególnych Ubezpieczonych wskazanych przez Ubezpieczającego w terminie jej należności jest zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do tych Ubezpieczonych zgodnie z Art. XI ust. 2 pkt 3).
11. Skutki, o których mowa w ust. 9 powstają z bezskutecznym upływem terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty.
12. W przypadku zaległości w opłacaniu jakichkolwiek składek, wpłacane kwoty przeznaczone są na pierwszą zaległą składkę całkowitą, z zastrzeżeniem Art. VI.

Artykuł XI

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Ochrona ubezpieczeniowa (odpowiedzialność Towarzystwa) w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna w dacie przystąpienia Pracownika do Umowy ubezpieczenia określonej zgodnie z Art. V ust. 8 i potwierdzonej w certyfikacie jako data początku ochrony, z zastrzeżeniem postanowień Art. XII.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę ochronną w przypadku:
 - a) rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia;
 - b) ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, przy czym dopuszcza się opłacenie składki za nie więcej niż jeden okres rozliczeniowy rozpoczynający się po dacie ustania stosunku prawnego;
 - 4) upływu okresu trwania Umowy ubezpieczenia w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 5) upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 6) bezskutecznego upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty zaległej składki całkowitej;
 - 7) rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - 8) w najbliższą miesięcznicę polisy przypadającą po dniu rozpoczęcia przez Ubezpieczonego urlopu wychowawczego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem lub Konkubentem Pracownika, ustaje w dniu zaistnienia jednej z okoliczności wskazanej w ust. 2, a ponadto:
 - 1) z końcem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Pracownika;
 - 2) w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie związku małżeńskiego lub oświadczenie Pracownika o ustaniu konkubinatu, przy czym oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiednich przesłanek.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu:
 - 1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej;
 - 2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 3) upływu okresu trwania Umowy Dodatkowej w przypadku jej nieprzedłużenia.
5. Ponadto, niezależnie od okoliczności wskazanych w ust. 4, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 4), 5), 7), 9), 11)–16), 26)–28), 34) oraz 37) kończy się w dniu najbliższej rocznicy Polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł XII

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiły w wyniku:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających;
 - 4) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do tego Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
3. O ile Umowa Dodatkowa tak stanowi, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - 1) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
 - 2) spożycia lub spożywania alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza;
 - 3) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - 4) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich.
4. Karencję stosuje się w podanych poniżej okresach dla wymienionych zdarzeń będących przedmiotem odpowiednich Umów Dodatkowych:
 - 1) 30 dni – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu; ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 2) 90 dni – operacje chirurgiczne, poważna choroba Ubezpieczonego, poważna choroba Dziecka, rehabilitacja medyczna;
 - 3) 9 miesięcy – urodzenie Dziecka, urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.
5. Ponadto karencje z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych stosuje się dla osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia. Okres karencji wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną – 9 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia do odpowiedniej Umowy Dodatkowej.
6. Bieg okresu karencji opisanych w ust. 4 liczy się od dnia przystąpienia do Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem iż w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem daną Umowę Dodatkową, bieg okresu karencji liczony jest

od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 30 dni. W przypadku osób, o których mowa w Art. V ust. 9 oraz ust. 12 okres pomiędzy zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy ubezpieczenia może być wydłużony maksymalnie do 2 miesięcy.

7. Karencję opisaną w ust. 4 stosuje się ponadto w stosunku do rozszerzonego zakresu ochrony oraz nadwyżek tych sum ubezpieczenia, które obowiązywały:
- 1) z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego z innym Ubezpieczycielem oraz z tytułu której ochrona względem danego Ubezpieczonego zakończyła się lub
 - 2) do dnia poprzedzającego dokonanie zmian w Umowie ubezpieczenia zgodnie z Art. IX.
- Bieg okresu tej karencji liczony jest od dnia dokonania zmiany zakresu ochrony w ramach danej Umowy Dodatkowej.

Artykuł XIII

Wypłata świadczenia

1. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
2. Kserokopie składanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
4. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdyby w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 4.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
7. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie

ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego;

- 2) Ubezpieczony lub Uposażony nie dostarczył dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa wskazanych w Umowach Dodatkowych.

Artykuł XIV

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 1)–4), przysługuje Uposażonemu, z zastrzeżeniem ust. 11.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5)–24) oraz pkt 27)–37), przysługuje Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust. 11 i 12.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 25)–26) przysługuje osobie określonej zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych, z zastrzeżeniem ust. 11.
4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić, składając oświadczenie w formie pisemnej bądź w formie elektronicznej.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4.
6. Ubezpieczony ma prawo wskazać kilku Uposażonych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu.
7. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 7 oraz ust. 11.
9. Za Uposażonego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
10. Jeżeli Uposażony zmarł po śmierci Ubezpieczonego, lecz przed dokonaniem na jego rzecz wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje spadkobiercom Uposażonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Uposażonego, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia.

12. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, poważnej choroby Dziecka nie przysługuje Ubezpieczonemu, który umyślnie przyczynił się odpowiednio do trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, pobytu Dziecka w szpitalu, poważnej choroby Dziecka.

Artykuł XV

Umowy Dodatkowe

O ile postanowienia niniejszego Artykułu nie stanowią inaczej, postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (Umowy Podstawowej) stosuje się odpowiednio do Umów Dodatkowych.

1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci

Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataków konwulsji, epilepsji;
 - 4) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. XIII ust. 1 oraz kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:

- 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci

Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który powstał w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. XIII ust. 1 oraz kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci

Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 pkt 1)–3) lub za skutki nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, który powstał w następstwie:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) uprawiania sportów lotniczych, sportów motorowych, sportów motorowodnych lub podczas udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. XIII ust. 1 oraz kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci

Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu zdefiniowanych poniżej, które miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 1) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych

dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);

- istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia).

Termin nie obejmuje:

- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
- c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
- d) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
- e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;

Towarzystwo wypłaci świadczenie o ile zostanie spełniona definicja udaru mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym.

- 2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.

Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Towarzystwo wypłaci świadczenie o ile zostanie spełniona definicja zawału serca albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 pkt 2)–4).
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. XIII ust. 1.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.

7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
5. **Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku**
 1. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy.
 2. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek uszkodzeń ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
 3. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta osoba, której wiek w dacie początku ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej wynosi co najmniej 15 lat i mniej niż 65 lat.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub za skutki zdarzeń powstałych w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataków konwulsji, epilepsji;
 - 4) zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień.
 5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
 7. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
 8. Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.- 6. **Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
 1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał w następstwie:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 4) zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień.

3. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 6.
6. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem.
8. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
9. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 4.
10. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
13. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

7. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu zdefiniowanych poniżej, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia).Termin nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
 - 2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączeniowych

- odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3.
3. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 6.
 6. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu powodujące trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 8. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub udarem mózgu.
 9. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty wystąpienia zawału lub udaru mózgu i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 4.
 10. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po zawale serca lub udarze mózgu.
 11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 13. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 14. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków zawału serca lub udaru mózgu przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
8. **Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku**
 1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem Dziecka, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku:
 - 1) z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 i dotyczących Dziecka,
 - 2) udziałem w zajęciach sportowych lub uprawianiem przez Dziecko sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, sływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Dziecka oraz ich skutkami, a także atakiem konwulsji, epilepsji.
 4. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony lub Dziecko zobowiązani są starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. W przypadku dziecka niepełnoletniego obowiązek zapewnienia poddania się temu obowiązkowi ciąży na Ubezpieczonym.
 5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz przebieg leczenia;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.

6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 7.
 7. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika. Koszty badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Dziecka.
 9. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 10. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 5.
 11. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 13. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
 14. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- 9. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z niżej wymienionych operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.
- Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
- 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
 - 3) **choroba Creutzfelda–Jakoba** – klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
 - c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
 - 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyńiowych, krwaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
 - 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Ubezpieczonego. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina). Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);
 - 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;

- 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyń, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
- 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
- 12) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia).
 Termin nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
- 14) **zakażenie wirusem HIV:**
 - a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania

obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;

- 15) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe objawy zawału serca;
- zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
- spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.

Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1 ppkt 1), 3)–4), 6)–8) oraz 12)–15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt. 1 ppkt 2), 5) oraz 9)–11).
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Ubezpieczonego nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub jeżeli poważna choroba powstała w następstwie:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarsstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1;

- 4) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt. 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danej poważnej choroby wymienionej i zdefiniowanej w pkt. 1 odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tej poważnej choroby wygasa.
8. W przypadku kolejnej poważnej choroby Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika.
9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony:
 - 1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnej choroby;
 - 3) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1 ppkt 14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia

na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 11.

10. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **cukrzyca** – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
 - 2) **dystrofia mięśniowa** – postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia;
 - 3) **guzy śródczaszkowe** – wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu, niezłośliwe nowotwory, wymagające usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku, kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MRJ, TK, arteriografia) i opinią neurologa lub neurochirurga. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - a) malformacje naczyniowe;
 - b) nienowotworowe guzy mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie);
 - c) torbiele;
 - d) guzy przysadki mózgowej i szyszynki mniejsze niż 1 cm.
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium niewydolności nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki. Za niewydolność nerek nie uważa się ostrych zaburzeń czynności nerek (np. w wyniku zatrucia, wstrząsu) nawet, jeśli konieczne było zastosowanie dializ;
 - 5) **niewydolność wątroby** – krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczką i wodobrzuszą, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby;
 - 6) **nowotwór złośliwy** – obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Dziecka. Ponadto zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje

- białączkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN 1 – 3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia);
 - d) nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnokomórkowy i kolczystokomórkowy skóry;
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- 7) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 8) **śpiączka** – stan utraty przytomności, spowodowany chorobą lub urazem, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, przez co najmniej 6 miesięcy;
 - 9) **zakażenie wirusem HIV** – jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 10) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzy tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnej choroby Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 i dotyczących Dziecka lub jeżeli poważna choroba Dziecka powstała w następstwie:
 - 1) pozostawania Dziecka pod wpływem leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia, a także pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1;
 - 3) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Dziecko Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 4) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 5) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem.
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Dziecka, jeśli poważna choroba jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt. 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe, zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danej poważnej choroby Dziecka wymienionej i zdefiniowanej w pkt. 1 odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tej poważnej choroby Dziecka wygasa.
 8. W przypadku kolejnej poważnej choroby Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika.

9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Dziecko nie poddało się lub nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) Dziecko lub Ubezpieczony nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką Dziecko pozostawało lub nadal pozostaje.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpiezonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Dziecka poważnej choroby;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1 ppkt 9), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 11.

11. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpiezonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
2. W przypadku poddania Ubezpiezonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpiezonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Prawo do świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 zostanie przyznane, jeżeli operacja została przeprowadzona w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub jeżeli operacja była następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpiezonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 4) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z operacją chirurgiczną:
 - 1) poddania się leczeniu stomatologicznemu, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 6.
6. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpiezonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.

7. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 6, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
8. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie - za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt. 2 jest najwyższa.
9. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie - za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt. 2, pkt. 7 i pkt. 8 jest najwyższa.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia o przebyciu operacji chirurgicznej,
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10.

12. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkoweji trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku, o którym mowa w pkt. 2 ppkt 2) Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu pobytu w szpitalu w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu,z zastrzeżeniem pkt 15.
6. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 2 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 4 i 5, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
7. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, a w przypadku o którym mowa w pkt. 2 ppkt 2) – w dniu początku ochrony, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 3.
8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia należnego z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–2) oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił w wyniku:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
 - 7) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 8) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarskich, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami,

- ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
- 10) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich.
10. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
11. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
12. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w ciągu jednego roku polisowego.
13. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
14. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
15. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt. 4.
16. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
17. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
- 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 16;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
18. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 17.

13. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu

Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust.1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił w wyniku:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu

nieprzekraczającymi 120 dni w ciągu jednego roku polisowego.

8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
9. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
10. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
11. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 10;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 11.

14. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu

Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;

- 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- 5) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu

Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, wpływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

16. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu

Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz zdefiniowanych poniżej:

- 1) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia).

Termin nie obejmuje:

- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.

Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie

odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9.

17. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

1. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka, z zastrzeżeniem pkt. 2.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.
3. W przypadku opisanym w pkt. 2 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Współmałżonka, bieg okresu, o którym mowa w pkt. 2 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą

przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 30 dni.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 oraz ust. 3 pkt 2)–3) i odnoszącą się do Współmałżonka.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zgonu Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

18. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 i odnoszących się do Współmałżonka lub za skutki nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka, który powstał w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Współmałżonka na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Współmałżonka oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 4) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.

4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zgonu Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

19. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodziców w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica, z zastrzeżeniem pkt. 2.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
3. W przypadku opisanym w pkt. 2 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Rodziców, bieg okresu, o którym mowa w pkt. 2 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 30 dni.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt 1) i odnoszącą się do Rodziców.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca lub matki.
6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Rodzica;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6.

20. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

1. W przypadku śmierci Teściów w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia, z zastrzeżeniem pkt. 2.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
3. W przypadku opisanym w pkt. 2 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Teściów, bieg okresu, o którym mowa w pkt. 2 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 30 dni.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt 1) i odnoszącą się do Teściów.
5. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, o ile Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
6. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca lub matki Współmałżonka.
7. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) kserokopię aktu zgonu Teścia;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

21. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.
2. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
3. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie dziecka nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

4. W przypadku Dziecka przysposobionego zarówno urodzenie, jak i przysposobienie Dziecka powinno nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka - w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

22. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka.
2. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Wada wrodzona** – pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych, nabyte w życiu płodowym, upośledzające czynność ustroju i będące zagrożeniem dla życia Dziecka, o których mowa w Załączniku nr 3 do OWU;
 - 2) **Ciąża mnoga** – inaczej ciąża wielopłodowa, występująca w przypadku jednoczesnego rozwoju wewnątrz macicy więcej niż jednego zarodka.
3. W przypadku Dziecka przysposobionego zarówno urodzenie, jak i przysposobienie Dziecka powinno nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku urodzenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa żywego Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt. 5.
5. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt. 4 zostanie powiększone o 40% sumy ubezpieczenia należnej z tytułu urodzenia Dziecka w przypadku:
 - 1) ciąży mnogiej – za każde żywe Dziecko urodzone w wyniku ciąży mnogiej;
 - 2) urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem pkt. 6 oraz pkt. 7.
6. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt. 5 ppkt 2) zostanie wypłacone o ile:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia żywego Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1. roku życia Dziecka;
 - 2) wada wrodzona wymieniona jest w Katalogu wad wrodzonych stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt. 5 ppkt 2) nastąpiło:
 - 1) w wyniku choroby lub urazu dotyczących Dziecka a zaistniałych podczas porodu lub po urodzeniu się Dziecka;
 - 2) w związku z chorobą AIDS lub z zarażeniem się Dziecka wirusem HIV w okresie płodowym;
 - 3) na skutek przyjmowania przez Matkę w okresie ciąży: alkoholu lub narkotyków lub leków

nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim;

- 4) w związku z nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem przez Matkę w okresie ciąży zaleceń lekarzy oraz podejmowania przez nią działań mogących spowodować wady płodu.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka - w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione;
 - 5) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży – w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;
 - 6) zaświadczenie o stanie zdrowia Dziecka wystawione przez lekarza, nie wcześniej niż po 30 dniach od dnia urodzenia – w przypadku wykrycia wady wrodzonej w pierwszym miesiącu życia Dziecka;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

23. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego lub poronienia.
2. W przypadku urodzenia Dziecka martwego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie dziecka martwego;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.

24. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. W przypadku śmierci Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem pkt. 2.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka.
3. W przypadku opisanym w pkt. 2 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem

umowę dodatkową dotyczącą śmierci Dziecka, bieg okresu, o którym mowa w pkt. 3 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 30 dni.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 i odnoszącą się do Dziecka.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe - dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

25. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
Dziecko – Dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 26 lat lub bez względu na wiek, w razie jego niezdolności do pracy zarobkowej.
2. Jeśli w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, nastąpi śmierć Ubezpieczonego, powodująca osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Dziecko Ubezpieczonego składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka oraz dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka, lub w przypadku Dziecka pełnoletniego, kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe - dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

26. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** - telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
 - 5) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
 - 6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** - lekarz współpracujący z CPG;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 10) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 11) **opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
 - 12) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
 - 13) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych

pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodziennie lub całodobowo zawodowo, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza. Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka zajmująca się leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;

- 14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w niniejszej Umowie dodatkowej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zejściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt 6;
 - 15) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
 3. W ramach niniejszej Umowy dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w pkt. 6.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
 6. Zakres odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
 - 1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP:
 - a) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - b) dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - c) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w sytuacji,

- gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
- d) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - e) transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;
 - ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
 - f) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - g) organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na odpowiednie zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej miejscu zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielną, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
 - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - transport Dziecka lub osoby niesamodzielną do osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielną z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;

- transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie jest realizowane do wysokości limitu 500 PLN na zdarzenie.
- 2) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 4 razy w roku polisowym;
- 3) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
- 4) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów - CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
- 5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - a) osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
 - telefoniczna konsultacja z lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w pkt. 6 ppkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
 - b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu następujące informacje:
 - baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych;
 - baza danych placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju;
 - baza danych placówek opieki społecznej;
 - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
 - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - informacja o ciąży;
 - informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;

- instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - profilaktyka zachorowań na grypę.
- Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i CPG.
- 6) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium RP:
- a) wizyta lekarza – CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie roku polisowego do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
 - b) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG;
 - c) transport medyczny – CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG;
 - d) transport medyczny powrotny – CPG organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – CPG organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony bądź Współubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f) przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń w lit. b) – e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
7. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
8. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w pkt 6 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisowym, chyba że w opisie świadczenia w pkt. 6 taki limit zostanie wskazany.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek:
- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 4) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - 5) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezalecanych przez lekarza;
 - 11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
 - 12) chorób przewlekłych;
 - 13) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, splotów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkuru, raftingu, buggykingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami.

10. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:

- 1) w przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług wskazanych w pkt. 6, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
- 2) Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub Współubezpieczonym;
 - f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- 3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony lub Współubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybytemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
- 4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ppkt. 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG, CPG może odmówić organizacji świadczeń.

11. Refundacje:

- 1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi nieorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
- 2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
- 3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
- 4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
- 5) Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ppkt 3) refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3).

27. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Best Doctors** – Best Doctors Inc., która mieści się pod adresem: One Boston Place, 32nd Floor Boston, Massachusetts, USA 02108, firma współpracująca z Towarzystwem w ramach

niniejszej Umowy Dodatkowej;

- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 3) **druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
 - 4) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
 - 5) **lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych niniejszą Umową Dodatkową.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje:
- 1) sporządzenie drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b) przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c) przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d) zapewnienia sporządzenia drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e) przetłumaczenia drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje.
 - 2) Wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
 - 3) Zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;

- b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
3. Ubezpieczony ma prawo do usług określonych w pkt. 2 ppkt. 2) i 3) o ile wcześniej została sporządzona dla niego druga opinia medyczna.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje proces zorganizowania usług określonych w pkt. 2., natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
 6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia, o ile rozpoznano u niego chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia, a w szczególności:
 - 1) chorobę Alzheimera;
 - 2) chorobę neuronu ruchowego;
 - 3) chorobę Parkinsona;
 - 4) chorobę serca;
 - 5) niewydolność nerek;
 - 6) nowotwór;
 - 7) paraliż;
 - 8) poważne poparzenie;
 - 9) stwardnienie rozsiane;
 - 10) śpiączkę;
 - 11) transplantację organów;
 - 12) udar mózgu;
 - 13) utratę mowy;
 - 14) utratę słuchu;
 - 15) utratę wzroku;
 - 16) zakażenie wirusem HIV.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3.
 8. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) chorób psychicznych, nerwic, zatrucia alkoholem, narkotykami bądź innymi środkami, odurzającymi;
 - 2) operacji plastyczne – kosmetycznych, z wyjątkiem leczenia oparzeń;
 - 3) przypadków związanych lub będących następstwem usuwania ciąży;
 - 4) leczenia i zabiegów dentystycznych;
 - 5) leczenia odwykowego.
 9. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer certyfikatu;
 - 4) okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
 10. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.

11. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku, z którym Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie drugiej opinii medycznej.
12. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek zawarty w pkt. 11.
13. W przypadku, gdy sporządzenie drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w pkt.12, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.

28. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **placówka rehabilitacyjna** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym pojęcie „placówka rehabilitacyjna” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 2) **rehabilitacja (zabiegi rehabilitacyjne)** – integralna część leczenia szpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia szpitalnego, którego jest następstwem.
2. Zakres odpowiedzialności obejmuje:
 - 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji z końcową ocenę stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.
3. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych:
 - 1) które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) których wykonanie wymaga działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających

odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 lub jeżeli była spowodowana:

- 1) chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego oraz ich skutkami;
- 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 3) udziałem w zajęciach sportowych lub uprawianiem sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 4) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. W przypadku, gdy leczenie realizowane było w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w ośrodku tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
6. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
7. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej.
8. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 5 i pkt. 11.
9. W celu otrzymania świadczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia w Towarzystwie następujących dokumentów:
 - 1) formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopii dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego, dokumentu potwierdzającego udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg był skutkiem dozanego urazu, itp.);
 - 4) kopię wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 5) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem było leczenie rehabilitacyjne oraz fakturę / faktury za rehabilitację.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, niż wymienione w pkt. 9 ppkt 4) i 5), jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.
11. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, do łącznej wysokości sumy

ubezpieczenia określonej w certyfikacie. Wysokość świadczenia z tytułu jednego zdarzenia nie może przekraczać 65 % sumy ubezpieczenia.

29. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 3 i 4.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka lub za skutki nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Dziecka, który powstał w następstwie:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Dziecko na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Dziecka oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 4) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
3. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe - dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;

- 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

30. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który to pobyt rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt 1)–3) oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka lub jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Dziecka oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, sportów wodnych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggyingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Dziecko na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

7. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytom Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 3) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 5) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 6) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 7;
 - 7) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

31. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego.
2. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:

poronienie - wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnych innych oznak życia, takich jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży.
3. W przypadku urodzenia Dziecka martwego bądź potwierdzonego dokumentacją medyczną poronienia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego lub w dniu poronienia, z zastrzeżeniem, że w przypadku poronienia w trakcie tej samej ciąży więcej niż jednego płodu będzie wypłacone tylko jedno świadczenie. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poronienia tylko w przypadku, gdy matka dziecka jest osobą Ubezpieczoną bądź Współmałżonką bądź Konkubentką.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poronienie nastąpiło wskutek podejmowania przez Matkę działań mogących spowodować uszkodzenie płodu lub poronienie.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe lub kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającą urodzenie Dziecka martwego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu urodzenia Dziecka martwego;

- 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poronienia;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

32. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Rodzica nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 pkt. 1)-3), ust. 2 oraz ust. 3 i odnoszących się do Rodzica lub za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Rodzica na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 4) kserokopię statystycznej karty zgonu Rodzica albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe - dokumentację

- medyczną określającą przyczynę śmierci Rodzica;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) – jeżeli Rodzic prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

33. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Teścia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Rodzica nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 pkt. 1)-3), ust. 2 oraz ust. 3 i odnoszących się do Teścia lub za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Teścia na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Ubezpieczony pozostaje ze Współmałżonkiem w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja.
4. W przypadku gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz pod warunkiem dostarczenia oświadczenia o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.

6. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma lub Macochy Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 4) kserokopię statystycznej karty zgonu Teścia albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe - dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Teścia;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) – jeżeli Teść prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.
5. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
6. W niniejszej Umowie Dodatkowej mają zastosowanie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wskazane odpowiednio w Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Zgłoszenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.

35. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku

34. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu, z zastrzeżeniem, że zalecenie takie powinno bezpośrednio wynikać z dokumentu potwierdzającego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym okresie Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia prawa do świadczenia przyjmuje się tylko jeden pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik nr 4 do OWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, o ile koszty te nie zostały pokryte z innych źródeł.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 pkt 1)-3), oraz ust. 3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataków konwulsji, epilepsji;
 - 4) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.
3. Zwrot kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego

wypadku, pod warunkiem że zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, a wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia (karta informacyjna z Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego);
 - 5) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) - jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 6) kserokopię dokumentacji medycznej z leczenia skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań itp. uzasadniających konieczność zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
 - 7) oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym te wydatki;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

36. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje refundację kosztów leczenia, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe z tytułu:
 - 1) udzielenia pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
 - 2) pobytu w szpitalu, badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - 3) nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
 - 4) przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 pkt 1)-3), oraz ust. 3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:

- 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
- 2) udziału w zajęciach sportowych lub uprawiania sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 3) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataków konwulsji, epilepsji;
- 4) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia (karta informacyjna z Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego);
 - 5) kserokopię dokumentacji medycznej obrazującej leczenie skutków wypadku, w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań itp.;
 - 6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) - jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 7) oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

37. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
Lekarz specjalista – osoba wykonująca zawód lekarza, posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w jednej z następujących specjalizacji: chirurg ogólny, kardiolog, laryngolog, okulista.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z wizytą Ubezpieczonego u lekarza specjalisty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, przy czym jednorazowe świadczenie nie może przekroczyć kwoty:
 - Wariant 1 – 100,00 zł,
 - Wariant 2 – 150,00 zł,
 - Wariant 3 – 200,00 zł,zgodnie z wyborem wariantu dokonany przez Ubezpieczającego i potwierdzonym w Umowie ubezpieczenia.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) oryginał faktury lub rachunku wystawionego imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

Artykuł XVI

Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

1. Dodaje się następujące pojęcia:
 - 1) **alokacja** – określony w Polisie procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa;
 - 2) **cena nabycia jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa;
 - 3) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa;
 - 4) **dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki doraźne pochodzące ze środków Ubezpieczonego;
 - 5) **fundusz** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;
 - 6) **podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne pochodzące
- 7) **portal** – portal internetowy – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu będących użytkownikami Internetu.
- 8) **składka doraźna** – kwota wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;
- 9) **wartość dodatkowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;
- 10) **wartość podstawowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;
2. Zakres Umowy Dodatkowej
 - 1) Zawierając Umowę dodatkową dotyczącą Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Ubezpieczający jest zobowiązany udostępnić Ubezpieczonemu Regulamin korzystania z usług serwisu informacyjno-transakcyjnego.
 - 2) Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego może być zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
 - 3) Jeżeli Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest zawierana pomiędzy rocznicami Polisy, zawarcie jej Towarzystwo potwierdzi wystawiając aneks do Polisy.
 - 4) Umowa Dodatkowa zawierana jest na okres roczny z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
 - 5) Celem Umowy Dodatkowej jest inwestowanie środków wpłacanych jako składka inwestycyjna i składka doraźna.
 - 6) Inwestowanie składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.
 - 7) Cel, o którym mowa w pkt. 5) realizowany jest od późniejszej z dat:
 - a) określonego w certyfikacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej;
 - b) opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
 - 8) W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, jej postanowienia w zakresie zarządzania aktywami funduszu realizowane są w całym okresie, w którym wartość podstawowa lub wartość dodatkowa jest wartością dodatnią.
3. Składki
 - 1) Wraz z zawarciem Umowy Dodatkowej, składka należna za Ubezpieczonego stanowi sumę składki ochronnej i składki inwestycyjnej i płatna jest w terminach przewidzianych w Umowie Podstawowej.
 - 2) Ubezpieczający i Ubezpieczony określają podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej oraz składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
 - 3) W każdym czasie, z wykluczeniem okresu zawieszenia opłacania składki ochronnej, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, Ubezpieczający

- i Ubezpieczony mają prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
- 4) Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa oświadczenia stosownej treści osoby dokonującej wpłaty składki doraźnej.
 - 5) Wpłata składki doraźnej nie zwalnia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składki całkowitej.
 - 6) Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej.
 - 7) Zawieszenie, o którym mowa w pkt. 6), następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
 - 8) Niezależnie od innych postanowień, zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej obowiązuje w okresie zawieszenia opłacania składki ochronnej.
 - 9) Wznowienie opłacania składki inwestycyjnej po jej zawieszeniu, następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
 - 10) Składka inwestycyjna przestaje być opłacana w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej.
4. Fundusze
- 1) W celu inwestowania składek inwestycyjnych i składek doraźnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
 - 2) Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczonego i Ubezpieczającego, w odpowiednich częściach, jedynie do udziału w aktywach funduszu, bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa, bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
 - 3) Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
 - 4) Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o wartość zobowiązań funduszu w dniu wyceny oraz o koszty związane ze sprzedażą, zakupem składników aktywów funduszu i z obsługą samego funduszu, a także zobowiązania podatkowe, wynikające z przepisów prawa, wyznaczając w ten sposób wartość aktywów brutto funduszu.
 - 5) Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu wyceny jako odpowiednia część, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny. Wartość aktywów brutto funduszu pomniejszona o opłatę za zarządzanie funduszem wyznacza wartość aktywów netto funduszu.
 - 6) Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa oblicza się przez podzielenie wartości aktywów netto funduszu przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu. Otrzymany wynik zaokrągla się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.
- 7) Różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.
 - 8) Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
5. Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek
- 1) W dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Towarzystwo otwiera rachunki jednostek uczestnictwa, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa. W dniu dokonania pierwszej wpłaty składki inwestycyjnej przez danego Ubezpieczonego Towarzystwo otwiera rachunki na jego rzecz.
 - 2) Po opłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczającego nabywane są jednostki uczestnictwa na podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki inwestycyjnej przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się dzień uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 - 3) Po opłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczonego nabywane są jednostki uczestnictwa na dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki inwestycyjnej przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się dzień uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 - 4) Po opłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa odpowiednio na podstawowy lub dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w pierwszym dniu roboczym po dacie wpływu składki doraźnej na rachunek Towarzystwa. Za datę opłacenia składki doraźnej uważa się dzień uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 - 5) Liczba jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
 - 6) W pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną za każdego Ubezpieczonego.
 - 7) Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z podstawowego albo dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa, zgodnie ze wskazaniem zawartym w Polisie. Liczba

- odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia opłaty. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości podstawowej lub dodatkowej.
6. Zmiany funduszy
- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo zmienić podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze, które określone są w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zmiana podziału składki inwestycyjnej ma zastosowanie od pierwszego terminu należności składki następującego po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
 - 2) Za dokonaną zmianę podziału wpłacanej składki inwestycyjnej Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 - 3) Opłata za zmiany podziału składki inwestycyjnej jest pobierana poprzez umorzenie jednostek na rachunku, którego zmiana dotyczy. Liczba umorzonych jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 - 4) Ponadto:
 - a) Ubezpieczający ma prawo określenia, dla wskazanych Ubezpieczonych, procentu liczby jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu, znajdujących się na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa, który zostanie przeniesiony do wybranego funduszu;
 - b) Ubezpieczony ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu procentu liczby jednostek uczestnictwa, znajdujących się na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.
 - 5) W sytuacji, o której mowa w pkt. 4), przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży jednostki z dnia następnego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku w tej sprawie.
 - 6) Za dokonane przeniesienie jednostek pomiędzy wskazanymi funduszami Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 - 7) Opłata za przeniesienia naliczana jest poprzez pomniejszenie kwoty wartości przenoszonych jednostek o kwotę opłaty. Do obliczenia wartości przenoszonych jednostek stosuje się cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku w tej sprawie.
 - 8) Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa. Minimalna wartość określona jest w Tabeli opłat i limitów.
 - 9) Towarzystwo dokona zmian w funduszach po otrzymaniu pisemnego oświadczenia (wniosku) odpowiednio od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przez pisemne oświadczenie rozumie się również dokonywanie zmian poprzez złożenie dyspozycji za pomocą portalu.
7. Wypłaty
- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości podstawowej i wartości dodatkowej.
 - 2) W sytuacji, o której mowa w pkt. 1), do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo zawiadomienia o zdarzeniu.
 - 3) Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w pkt. 1), jest złożenie dokumentów niezbędnych do uznania roszczenia i wysokości wypłaty.
 - 4) W stosunku do każdego Ubezpieczonego w okresie 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym został objęty ochroną ubezpieczeniową, wyklucza się wypłatę wartości podstawowej.
 - 5) Prawo do wartości podstawowej i dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
 - 6) W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4) oraz pkt. 12).
 - 7) W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową, z zastrzeżeniem pkt. 12).
 - 8) W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4) oraz pkt. 12).
 - 9) W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową, z zastrzeżeniem pkt. 12).
 - 10) W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4) oraz pkt. 12).
 - 11) W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową, z zastrzeżeniem pkt. 12).
 - 12) Za dokonane wypłat, o których mowa w pkt. 6) – 11) Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 - 13) Istnieje możliwość dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata wartości podstawowej lub wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4) i pkt. 6) – 11). Wysokość tej wypłaty oraz pozostająca po jej wypłacie wartość podstawowa lub dodatkowa, nie mogą być niższe od wartości minimalnych, określonych przez Towarzystwo. Po dokonaniu wypłaty częściowej Towarzystwo pobierze z rachunku jednostek uczestnictwa opłatę manipulacyjną.
 - 14) Do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości podstawowej lub wartości dodatkowej.

8. Opłaty

Wysokości opłat, o których mowa w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, określone są w Tabeli opłat i limitów stanowiących załącznik do Polisy.

Artykuł XVII

Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim (pod warunkiem rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia), bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie wychowawczym, bądź rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony złoży w Towarzystwie w tej sprawie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z ww. zdarzeń powodujących zakończenie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia przez okres, co najmniej 1 miesiąca; w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), długość okresu ochrony ubezpieczeniowej liczona jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia jest nie dłuższy niż 30 dni.
2. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia oznacza zaakceptowanie przez Ubezpieczonego aktualnie obowiązującej propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie przedstawionej przez Towarzystwo po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1).

Artykuł XVIII

Skargi i zażalenia

1. Skargi, zażalenia i odwołania mogą być wnoszone w formie pisemnej do siedziby lub któregośkolwiek oddziału Towarzystwa.
2. Towarzystwo rozpatruje skargę, zażalenie lub odwołanie bez zbędnej zwłoki, z tym że nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niemożności rozpatrzenia skargi, zażalenia lub odwołania w terminie wskazanym w ust. 2, Towarzystwo zawiadamia pisemnie wnoszącego wskazując przyczyny opóźnienia, okoliczności wymagające ustalenia oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, który nie może być dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
4. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Z tytułu Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, a osobie

będącej konsumentem dodatkowo możliwość zwrócenia się do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

Artykuł XIX

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU. Pod rygorem nieważności wymagają one formy pisemnej.
2. Postanowienia, o których mowa w ust. 1 obowiązują od chwili uzgodnionej przez Towarzystwo z Ubezpieczającym.
3. Wszelkie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie i wywierają skutek z chwilą dojścia do drugiej strony w taki sposób, że mogła zapoznać się z ich treścią.
4. Strony Umowy oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do poinformowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub miejsca zamieszkania.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej.
6. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
7. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio, obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
8. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
9. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Krzysztof Wiecha



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM
TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU**

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków oraz skutków zawału serca bądź udaru mózgu u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego/ Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. Uszkodzenia głowy		
	Prawa	Lewa
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych): a) znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami - w zależności od rozmiaru b) oskalpowanie: - u mężczyzn - u kobiet	1-10 5-20 10-25	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) - zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10	
3. Ubytek w kościach czaszki: a) o średnicy poniżej 2,5 cm b) o średnicy powyżej 2,5 cm - w zależności od rozmiarów	1-7 8-25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15	
5. Porażenie i niedowłady połowicze: a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg Skali Lovette'a b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp. e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego: - kończyna górna – wg skali Lovett'a 0° 1 – 2° 3 – 4° - kończyna dolna – wg skali Lovett'a 0° 1 – 2° 3 – 4°	100 60-80 40-60 5-35 40 30-35 5-25 40 30 5-20	30 20-25 5-15
6. Zespoły pozapiramidowe: a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	100 40-80 10-30	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego: a) zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym c) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	100 70-80 30-60 5-25	

8. Padaczka: a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia c) padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany eeg., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	100 30-70 20-30
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie): a) otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie eeg. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	100 50-70
10. Nerwice: a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo - mózgowym b) utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała - w zależności od stopnia zaburzeń c) zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	2-10 2-10 5-30
11. Zaburzenia mowy: a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agrafią i aleksją b) afazja całkowita motoryczna c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się d) afazja nieznacznego stopnia	80 60 30-40 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnętrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego): a) znacznie upośledzające czynność ustroju b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	40-60 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej: a) nerwu okoruchowego: - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia b) nerwu błotkowego c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15 10-30 3 1-5
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzeciowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzeciowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 48	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
B. Uszkodzenia twarzy	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, slinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	1-10 10-30 30-60
20. Uszkodzenia nosa: a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia - zależnie od rozległości uszkodzenia b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania - zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa) Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.	1-10 5-20 10-25 5 30
21. Utrata zębów: a) siekacze i kły - za każdy ząb b) pozostałe zęby począwszy od dwóch - za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1 1

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm

22. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw rzekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30										
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów): a) szczęki b) żuchwy	40 50										
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów: a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	1-5 5-10										
25. Ubytek podniebienia: a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-30 25 - 40										
26. Ubytki języka: a) bez zaburzeń mowy i połykania b) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń d) całkowita utrata języka	1 - 3 5 - 15 15 - 40 50										
C. Uszkodzenia narządu wzroku											
27. a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:											
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100
Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.											
b) Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38										
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych: a) jednego oka b) obu oczu	15 30										
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a) rozdarcie naczyńiówki jednego oka b) zapalenie naczyńiówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka d) zanik nerwu wzrokowego	wg tabeli z p.27a										
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących: a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z p.27a										
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a										

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:				
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach		Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0		35%
50°	5%	15%		45%
40°	10%	25%		55%
30°	15%	50%		70%
20°	20%	80%		85%
10°	25%	90%		95%
poniżej 10°	35%	95%		100%
33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe				60
b) dwunosowe				30
c) jednoimienne				25
d) jednoimienne górne				10
e) jednoimienne dolne				40
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku				25
b) w obu oczach				40
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:				
a) w jednym oku				10
b) w obu oczach				30
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku				5-10
b) w obu oczach				10-15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka				wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38. Jaskra - ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu				wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia				50-100
40. Zaćma urazowa - oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)				wg tabeli z p.27a
41. Przewlekłe zapalenie spojówek				1-10
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: (obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.)				
Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) utrata części małżowiny				1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)w zależności od stopnia				5-10
c) utrata jednej małżowiny				15
d) utrata obu małżowin				25
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				wg tabeli z p. 42
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:				
a) jednostronne				1-5
b) obustronne				10

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań: a) jednostronne b) obustronne	5-15 10-20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z p. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego: a) z uszkodzeniem części słuchowej b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	wg tabeli z p. 42 20-50 30-60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia b) dwustronne	10-40 20-60
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej: a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia b) z bezgłosem	35-50 60
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia: a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową c) z niewydolnością oddechowo-krążeniową	1-20 20-45 45-60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące: a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania b) odżywianie tylko płynami c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	10-30 50 80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi - w zależności od stopnia i ustawienia głowy: a) niewielkiego stopnia b) znacznego stopnia	1-5 15-30
Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniany jest według poz. 89.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Błizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej: a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-15 15-30
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości): a) brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita b) utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn: - częściowa - całkowita - z częścią mięśnia piersiowego	1-5 1-15 15-25 25-35
58. Złamanie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.): - z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc - z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc - w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	1-5 5-25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.): a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową - w zależności od stopnia	5-10 20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	

63. Uszkodzenie serca lub osierdza a) z wydolnym układem krążenia b) z objawami względnej wydolności układu krążenia c) z objawami niewydolności krążenia - w zależności od stopnia niewydolności	2-10 20-30 40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64. Przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny zaciągające) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: 1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). 2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci: a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	2-10 11-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę: a) jelita cienkiego b) jelita grubego	30-80 20-50
68. Przetoki okołoodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy - w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71. Utrata śledziony: a) bez większych zmian w obrazie krwi b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	15 30
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji: a) nieznacznego stopnia b) znacznego stopnia	5-10 20-60
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79. Zwężenie cewki moczowej: a) powodujące trudności w oddawaniu moczu b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	15 30-50 50-60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy: a) w wieku do 45 lat b) w wieku powyżej 45 lat	40 20
86. Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych: a) pochwy b) pochwy i macicy	10 30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa	
(Orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)	
87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych): a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10 10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów miękkich przewodu pokarmowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym: a) z ograniczeniem ruchomości - bez trwałych zniekształceń kręgów b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni - ze zniekształceniem miernego stopnia c) z całkowitym zesztywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	1-10 10-35 35-50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym: a) bez zniekształceń - w zależności od stopnia uszkodzenia b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości c) znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	1-10 10-25 25-40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych - w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	5-10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego: a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch łasek c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym) e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym) f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń	100 60-70 30-40 100 60-70 20-30 20-40 5-30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia: a) szyjne b) piersiowe c) lędźwiowo-krzyżowe d) guziczne	1-20 1-10 1-25 1-5
K. Uszkodzenia miednicy	
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: a) niewielkiego stopnia b) dużego stopnia	1-10 10-35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu: a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa) b) w odcinku przednim i tylnym	1-15 15-45
97. Złamanie dna panewki - z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi: a) zwichnięcie I° - nieznaczne zmiany b) zwichnięcie II° - wyraźne zmiany c) zwichnięcie III° - duże zmiany d) zwichnięcie IV° - bardzo duże zmiany	1-10 10-20 20-35 35-45
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.	

98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według zasad przewidzianych w Tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.		
	Prawa	Lewa
99. Złamanie łopatki: a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	1-5 5-40	 5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów: a) nieznaczne zmiany b) wyraźne zmiany	1-10 10-25	1-5 5-20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny: a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-25	1-5 5-20
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia: a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-25	1-5 5-20
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+ 5	
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
	Prawa	Lewa
104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych: a) nieznacznego stopnia b) średniego stopnia c) dużego stopnia	1-10 10-20 20-30	1-5 5-15 15-25
105. Zastarzałe nie odprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106. Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i Rtg	25	20
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen oceniany jest według norm neurologicznych.		
108. Zesztywnienie stawu barkowego: a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20-35 40	10-30 35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	1-35	1-25
111. Utrata kończyny w barku	75	70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113. Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny: a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5-15 15-30 30-55	5-10 10-25 25-50

114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: a) mięśnia dwugłowego b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	1-15 10-20	1-10 10-15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia: a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej b) przy dłuższych kikutach	70 65	65 60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	
117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany	1-5 5-15 15-30	1-4 5-10 10-25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego: a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°) b) z brakiem ruchów obrotowych c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	30 35 50	25 30 45
119. Przykurcz w stawie łokciowym - w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia: a) przy niemożności zgięcia do 90° b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	10-30 3-15	5-25 2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		
120. Ciepły staw łokciowy - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych: a) niewielkie zniekształcenia b) średnie zniekształcenia c) znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	1-5 5-20 15-25	1-4 5-10 10-20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: a) niewielkie zniekształcenia b) średnie zniekształcenia c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	1-5 5-20 20-35	1-4 5-15 15-30
124. Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń - z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej: a) niewielkie zmiany b) znaczne zmiany	1-5 5-20	1-4 5-15
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-20 20-35	10-15 15-30
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-25 25-40	10-20 20-35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	1-15	1-15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotegowania	55-65	50-60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością, zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni: a) ograniczenie ruchomości b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	1-10 10-20 20-30	1-8 8-15 15-25
131. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia funkcji dłoni i palców	15-30 25-45	10-25 20-40

132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134. Uszkodzenie śródręcza - części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwale zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) rozległe zmiany	1-5 5-10 10-20	1-4 4-8 8-18
135. Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: a) utrata opuszki b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka) d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	1-5 5-10 10-15 15-20 20-30	1-3 3-8 8-10 10-15 15-25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwłknięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) znaczne zmiany d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	1-5 5-15 15-20 20-25 25-30	1-4 4-13 13-18 18-23 23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137. Utraty w obrębie palca wskazującego: a) utrata opuszki b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3 e) utrata trzech paliczków f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	1-5 5-7 8 8-12 17 17-23	1-3 3-5 5 5-10 15 15-20
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca: a) niewielkie zmiany b) zmiany średniego stopnia c) zmiany dużego stopnia d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	1-5 5-10 10-15 17	1-4 5-8 8-13 15
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka: a) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek b) palca piątego - za każdy paliczek	3 1	2 1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12	8
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny - w zależności od stopnia: a) niewielkie ograniczenie funkcji palca b) znaczne ograniczenie funkcji palca c) bezużyteczność palca granicząca z utratą	1-2 2-4 7	1 1-3 5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej	75-85	
143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia: a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-10 10-25	
144. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15-35 30-60	

145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi: a) ze zmianami miernego stopnia b) ze zmianami dużego stopnia c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	2-20 20-40 40-65
146. Przykurcze i zeszytwnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o: Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	+5-15
147. Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach: a) z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	1-15 15-30 30-40
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji: a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-10 10-20
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	5-65
153. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezwowania	50-70
154. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki - z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany (zeszytwnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	1-10 10-25 25-40
155. Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji a) utrata ruchomości w zakresie 180°-140° za każde 2° ubytku ruchu b) utrata ruchomości w zakresie 140°-90° za każde 5° ubytku ruchu c) utrata ruchomości w zakresie 90°-30° za każde 10° ubytku ruchu	+1 +1 +1
Uwaga: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°-180°.	
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	1-10 10-20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.: a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	2-15 15-25 25-50

159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia: a) niewielkie i średnie zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotegowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej b) przy dłuższych kikutach	60 40-55
162. Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwinięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia: a) niewielkiego stopnia b) średniego stopnia c) dużego stopnia d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	1-5 5-10 10-25 25-40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statycznie – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań: a) pod kątem zbliżonym do prostego b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	5-20 20-30 30-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany z częściową utratą kości	1-10 10-20 20-30
165. Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi: a) miernego stopnia - zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami - zależnie od wielkości zaburzeń	1-10 10-20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy: a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych b) złamania II, III lub IV kości śródstopia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia - w zależności od zaburzeń czynnościowych	1-15 1-10 10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 168, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169. Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcające i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	1-5 5-15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia cech kikuta	20-30
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175. Utrata całego palucha	7
176. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177. Utrata palców II-V w części lub całości - za każdy palec	2
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
	Prawa	Lewa
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		5-15
b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c) nerwu pachowego	10-25	10-20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójętłowego ramienia	15-45	5-35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójętłowego ramienia	10-30	5-25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k) nerwu łokciowego	10-30	5-20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	15-25	10-20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1-15
o) nerwu zastonowego		5-15
p) nerwu udowego		10-30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		10-20
r) nerwu sromowego wspólnego		5-25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		20-60
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować		
u) tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		10-40
v) nerwu strzałkowego		10-20
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego		40-70
x) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów		30-50

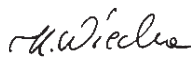
Niniejsza Tabela Uszczerbków na Zdrowiu stanowiąca załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Krzysztof Wiecha



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM
KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH**

LP.	NAZWA OPERACJI	KATEGORIA
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO		
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	A
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A
4	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5	Neurostymulacja mózgu	B
6	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7	Rewizja wentrykulostomii	C
8	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10	Przeszczep nerwów czaszkowych	A
11	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	A
19	Operacja naprawcza opony twardej	A
20	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
25	Wycięcie nerwu obwodowego	D
26	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
27	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
28	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
29	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
30	Wycięcie przysadki	B
31	Zniszczenie przysadki	B
32	Inne operacje przysadki	C
33	Operacje szyszynki	B
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
34	Wycięcie tarczycy	D
35	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
36	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
37	Wycięcie przytarczyc(y)	B
38	Wycięcie grasicy	D
39	Wycięcie nadnercza	C
40	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	C
41	Inne operacje nadnercza	D
42	Całkowita amputacja sutka	D
43	Operacje rekonstrukcyjne sutka	D
44	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	E
45	Operacje brodawki sutkowej	E
OPERACJE OKA		
46	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	D
47	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	C
48	Wszczepienie protezy oka	D
49	Rewizja protezy oka	D
50	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
51	Nacięcie oczodołu	D
52	Połączone operacje mięśni oka	C
53	Cofnięcie mięśnia oka	D
54	Wycięcie mięśnia oka	D
55	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D

56	Zeszyście rogówki	E
57	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D
58	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
59	Wycięcie tęczówki	D
60	Operacje filtrujące tęczówki	C
61	Wycięcie ciała rzęskowego	D
62	Zwnątrrtorebkowe wycięcie soczewki	D
63	Wewnątrrtorebkowe wycięcie soczewki	D
64	Operacje ciała szklстого	C
65	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	D
66	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
67	Korekta deformacji powieki	E
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
68	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
69	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
70	Drenaż ucha środkowego	E
71	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
72	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
73	Amputacja (resekcja) nosa	C
74	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
75	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
76	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
77	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
78	Wycięcie gardła	B
79	Operacje naprawcze gardła	C
80	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
81	Wycięcie krtani	C
82	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	C
83	Odtworzenie krtani	B
84	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
85	Częściowe wycięcie tchawicy	A
86	Operacje plastyczne tchawicy	C
87	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C
88	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	D
89	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
90	Częściowe wycięcie oskrzela	C
91	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
92	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
93	Przeszczep płuca	A
94	Wycięcie płuca	A
95	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
96	Otwarte operacje śródpiersia	D
97	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	D
OPERACJE JAMY USTNEJ		
98	Wycięcie języka	C
99	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
100	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	E
101	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
102	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
103	Odtworzenie innej części jamy ustnej	D
104	Wycięcie ślinianki	D
105	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	D
106	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
107	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
108	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
109	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
110	Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	E
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
111	Wycięcie przełyku i żołądka	A
112	Całkowite wycięcie przełyku	A
113	Częściowe wycięcie przełyku	C
114	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
115	Zespolenie omijające przełyku	B

116	Rewizja zespolenia przełykowego	C
117	Operacja naprawcza przełyku	A
118	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
119	Nacięcie przełyku	E
120	Otwarte operacje żylaków przełyku	C
121	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
122	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
123	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
124	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
125	Całkowite wycięcie żołądka	A
126	Częściowe wycięcie żołądka	B
127	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C
128	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
129	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
130	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
131	Operacje wrzodu żołądka	C
132	Nacięcie odźwiernika	C
133	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
134	Wycięcie dwunastnicy	C
135	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
136	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
137	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
138	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
139	Wycięcie jelita czczego	C
140	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
141	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
142	Zespolenie omijające jelito czcze	C
143	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
144	Wycięcie jelita krętego	C
145	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
146	Zespolenie omijające jelito kręte	C
147	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
148	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
149	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
150	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
151	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
152	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
153	Wycięcie odbytnicy	B
154	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
155	Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
156	Zespolenie omijające okrężnicę	C
157	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
158	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
159	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
160	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	C
161	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	C
162	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
163	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
164	Wycięcie poprzecznicy	B
165	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
166	Wycięcie esicy	B
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
167	Przeszczep wątroby	A
168	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	C
169	Operacja naprawcza wątroby	B
170	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
171	Transluminalne (środnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
172	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
173	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	D
174	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	D
175	Wycięcie przewodu żółciowego	B
176	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C

177	Zespoleńie przewodu żółciowego	C
178	Zespoleńie przewodu żółciowego wspólnego	C
179	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
180	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
181	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	C
182	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
183	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	D
184	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
185	Przeskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
186	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
187	Przeszczep trzustki	A
188	Całkowite wycięcie trzustki	A
189	Wycięcie głowy trzustki	A
190	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	C
191	Zespoleńie przewodu trzustkowego	B
192	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
193	Przeskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
194	Całkowite wycięcie śledziony	D
195	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
OPERACJE SERCA		
196	Przeszczep serca i płuc	A
197	Przeszczep serca	A
198	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
199	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	A
200	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	A
201	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	A
202	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
203	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	A
204	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
205	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
206	Plastyka przedsionka serca	A
207	Walwuloplastyka mitralna	B
208	Walwuloplastyka aortalna	B
209	Plastyka zastawki trójdzielnej	B
210	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	B
211	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	B
212	Rewizja plastyki zastawki serca	B
213	Otwarta walwulotomia	A
214	Zamknięta walwulotomia	A
215	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
216	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	A
217	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	A
218	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	A
219	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	A
220	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	A
221	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	A
222	Przeskórna angioplastyka wieńcowa	C
223	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	A
224	Wycięcie osierdzia	A
225	Drenaż osierdzia	B
226	Przecięcie osierdzia	D
227	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
228	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
229	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	A
OPERACJE NACZYŃ KRWIONOŚNYCH		
230	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
231	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
232	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
233	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
234	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
235	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
236	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B

237	Rewizja protezy aortalnej	B
238	Plastyczna operacja naprawcza aorty	A
239	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
240	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
241	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
242	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
243	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
244	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
245	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	B
246	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
247	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	B
248	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
249	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
250	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
251	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
252	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
253	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	B
254	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
255	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
256	Odtworzenie tętnicy udowej	B
257	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	C
258	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
259	Operacje na żyłę główną	D
260	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
261	Przeszczep nerki	B
262	Całkowite wycięcie nerki	B
263	Częściowe wycięcie nerki	C
264	Wycięcie zmiany w nerce	C
265	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
266	Nacięcie nerki	E
267	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
268	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię.	E
269	Wycięcie moczowodu	C
270	Odprowadzenie moczu przez przetokę	B
271	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
272	Operacja naprawcza moczowodu	C
273	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
274	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
275	Operacje ujścia moczowodu	D
276	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
277	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
278	Powiększenie pęcherza moczowego	B
279	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
280	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
281	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	C
282	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	C
283	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
284	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
285	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
286	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
287	Wycięcie cewki moczowej	C
288	Operacja naprawcza cewki moczowej	C
289	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
290	Operacje ujścia cewki moczowej	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
291	Wycięcie moszny	D
292	Obustronne wycięcie jąder	C
293	Jednostronne wycięcie jądra	D
294	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	D
295	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
296	Proteza jądra	D
297	Operacja wodniaka jądra	E

298	Operacje najądrza	E
299	Wycięcie nasieniowodu	E
300	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
301	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
302	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
303	Amputacja prącia	C
304	Operacja naprawcza sromu	E
305	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
306	Wycięcie pochwy	E
307	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
308	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	D
309	Operacja plastyczna pochwy	E
310	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
311	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
312	Operacje zatoki Douglasa	E
313	Amputacja szyjki macicy	D
314	Brzuszne wycięcie macicy	C
315	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
316	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
317	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
318	Częściowe wycięcie jajowodu	E
319	Implantacja protezy jajowodu	E
320	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
321	Nacięcie jajowodu	D
322	Operacje strzępków jajowodu	E
323	Częściowe wycięcie jajnika	E
324	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
325	Operacja naprawcza jajnika	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
326	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
327	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
328	Otwarte wycięcie opłucnej	B
329	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
330	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
331	Operacja przepukliny przeponowej	D
332	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
333	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
334	Operacja przepukliny pępkowej	E
335	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
336	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	C
337	Otwarty drenaż otrzewnej	C
338	Operacje sieci większej	C
339	Operacje krezki jelita cienkiego	C
340	Operacje krezki okrężnicy	C
341	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
342	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
343	Przeszczep powięzi	E
344	Wycięcie powięzi brzucha	E
345	Wycięcie innej powięzi	E
346	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
347	Rozdzielenie powięzi	E
348	Uwolnienie powięzi	E
349	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
350	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
351	Przemieszczenie ścięgna	D
352	Wycięcie ścięgna	D
353	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
354	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	D
355	Zmiana długości ścięgna	E
356	Wycięcie pochewki ścięgna	E
357	Przeszczep mięśni	C
358	Wycięcie mięśnia	E
359	Operacja naprawcza mięśnia	E

360	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
361	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
362	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
363	Operacje przewodu limfatycznego	B
364	Operacje kieszonki skrzelowej	D
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
365	Plastyka czaszki	B
366	Otwarcie czaszki	A
367	Wycięcie kości twarzy	D
368	Nastawienie złamania szczęki	D
369	Nastawienie złamania innej kości twarzy	D
370	Rozdzielenie kości twarzy	C
371	Stabilizacja kości twarzy	D
372	Wycięcie żuchwy	C
373	Nastawienie złamania żuchwy	D
374	Rozdzielenie żuchwy	D
375	Stabilizacja żuchwy	D
376	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
377	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	A
378	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	B
379	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	A
380	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	B
381	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	A
382	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	B
383	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
384	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
385	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
386	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
387	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
388	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
389	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
390	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	C
391	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	A
392	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	B
393	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	B
394	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	B
395	Wycięcie zmiany kręgosłupa	B
396	Odbarczenie złamania kręgosłupa	B
397	Stabilizacja złamania kręgosłupa	B
398	Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
399	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
400	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
401	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	C
402	Całkowite wycięcie kości	D
403	Usunięcie fragmentu kości	E
404	Wycięcie kości ektopowej	E
405	Wycięcie zmiany w obrębie kości	D
406	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
407	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
408	Rozdzielenie trzonu kości	D
409	Rozdzielenie kości stopy	D
410	Drenaż kości	D
411	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	D
412	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
413	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	D
414	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
415	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	E
416	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	C
417	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	B

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm

418	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
419	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	B
420	Całkowita protezoplastyka innego stawu	D
421	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
422	Replantacja kończyny górnej	C
423	Replantacja kończyny dolnej	C
424	Replantacja innego organu	C
425	Transplantacja międzyukładowa	C
426	Wszczepienie protezy kończyny	A
427	Amputacja w zakresie ramienia	C
428	Amputacja ręki	D
429	Amputacja nogi	C
430	Amputacja stopy	D
431	Amputacja palucha	E
432	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D
433	Amputacja brzuszno-miedniczna	B

Niniejszy Katalog Operacji Chirurgicznych stanowiący załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Krzysztof Wiecha



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM
KATALOG WAD WRODZONYCH**

LP.	TYP WADY
1	Przepuklina mózgowa
2	Małogłowie
3	Wodogłowie wrodzone
4	Rozszczep kręgosłupa
5	Ślepotą, bezocze, małowocze, wielkowocze
6	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
7	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
8	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
9	Głuchota i wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
10	Wrodzony kręcz szyi wymagający leczenia operacyjnego (zesp. Klippel-Feila)
11	Wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
12	Wady rozwojowe przegród serca
13	Wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
14	Wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
15	Wady rozwojowe wielkich tętnic
16	Wady rozwojowe dużych żył układowych
17	Wrodzone wady rozwojowe nosa
18	Wady rozwojowe krtani
19	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
20	Wrodzone wady rozwojowe płuc
21	Rozszczep podniebienia
22	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
23	Język olbrzymi
24	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
25	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
26	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
27	Choroba Hirschsprunga
28	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
29	Wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
30	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyki macicy
31	Niewytworzenie jądra
32	Spodziectwo
33	Wrodzony brak lub aplazja prącia
34	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
35	Niewytworzenie nerki
36	Wielotorbielowatość nerek
37	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
38	Wynicowanie pęcherza moczowego
39	Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
40	Wrodzone zniekształcenia stopy
41	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w obrębie czaszki, twarzy, kręgosłupa, klatki piersiowej
42	Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej
43	Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej
44	Wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej
45	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
46	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-kostnego
47	Wrodzona rybia łuska

Załącznik nr 3 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm

48	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
49	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
50	Fakomatozy
51	Zespół Downa
52	Zespół Edwardsa i Patau
53	Zespół Turnera
54	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
55	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
56	Wrodzony zespół niedoboru jodu (wrodzona niedoczynność tarczycy)
57	Zaburzenia przemian aminokwasów aromatycznych (fenyloketonuria)
58	Inne zaburzenia węglowodanów (galaktozemia)
59	Mukowiscydoza

Niniejszy Katalog wad wrodzonych stanowiący załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Krzysztof Wiecha



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 4 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM TABELA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm.

1) PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Lp.	Wyszczególnienie
	Protezy kończyn dolnych
	Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie stopy
1	Proteza wkładka do buta uzupełniająca stopę po amputacji palców
2	Proteza uzupełniająca stopę: skórzana albo z tworzywa sztucznego
3	Proteza ze stawem skokowym albo bez stawu skokowego przy amputacji wg Lisfranca lub Choparta: skórzana albo z tworzywa sztucznego
	Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie podudzia
4	Proteza ze stawem skokowym albo bez przy amputacji wg Pirogowa lub Syme'a: skórzana albo z tworzywa sztucznego
5	Proteza podudzia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, albo drewniana, albo z innych materiałów niewymienionych, z tulejką uda ze skóry, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
6	Proteza podudzia tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
7	Proteza podudzia: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, albo modularna, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
	Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie uda
8	Proteza uda przy amputacji wg Grittiiego lub wyluszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11	Proteza uda z lejem kikutowym skórzany: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry, albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciała podobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
13	Proteza uda szczudłowa
	Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyluszczenie w stawie biodrowym)
14	Proteza przy wyluszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15	Proteza tymczasowa przy wyluszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
16	Kosz biodrowy przy obustronnym wyluszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytnymi dla kończyn górnych
17	Protezy wyrównanie skrótu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
	Wypożyczenie dodatkowe do protez kończyn dolnych
18	Pończocha kikutowa - przy amputacji w obrębie stopy
19	Pończocha kikutowa - przy amputacji podudzia
20	Pończocha kikutowa - przy amputacji uda
21	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych
	Protezy kończyn górnych
22	Proteza kosmetyczna części ręki
23	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
25	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z tulejką ramienia, z dłonią protezową
26	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z tulejką ramienia, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową
27	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez

31	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem
Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn górnych	
35	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36	Pończochy kikutowe - przy amputacji przedramienia
37	Pończochy kikutowe - przy amputacji ramienia
38	Pończochy kikutowe - przy pełnej amputacji kończyny górnej
Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne	
39	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
42	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciąganiem sprężynowym lub bez
43	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
46	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciąganiem stopy
47	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
48	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
49	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzepakowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
51	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
52	Aparat na goleń i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53	Aparat DAFO
54	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
57	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
58	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59	Aparat rotujący stopę jednoszynowy sprężynowy
60	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez
Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne	
63	Pas biodrowy z szyną
64	Niski kosz biodrowy z szyną biodrową
65	Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową
Aparaty ortopedyczne na kończyny górne	
66	Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela
67	Aparat korygujący osłabienia wyprostu palców ręki
68	Aparat utrzymujący wyprost palców
69	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
70	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny stawów śródręczno-palcowych lub śródręczno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
71	Aparat redresujący staw łokciowy
72	Aparat podpórczo-stabilizujący nadgarstek, dłoni i palce: podpórczy nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórczy dłoni i palców z opozycją kciuka - Oppenheimera
73	Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców
74	Aparat korygujący Lamba
75	Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
76	Aparat na rękę i przedramię wg Engena
77	Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost
78	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
79	Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy
80	Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka
81	Aparat uczynniający palce
82	Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców
83	Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego
84	Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
85	Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
86	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego

87	Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
88	Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego
89	Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomacie albo sprężynowy
90	Szyna odwodząca
91	Szyna elewacyjna
	Ortezy kończyny dolnej
92	Orteza korekcyjna palucha koślawego
93	Orteza odciążająco-korekcyjna dla palców stóp
94	Orteza stabilizująca staw skokowy
95	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
96	Szyna strzałkowa ze strzemiem do buta, z podciąganiem sprężynowym albo bez
97	Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)
98	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
99	Orteza stopowo-goleniowa
100	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
101	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciąganiem stopy
102	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemiem do buta albo z sandałem
103	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
104	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105	Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzepakowym, ze strzemiem do buta albo z sandałem
106	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemiem do buta albo z sandałem
107	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego z przegubem skokowym albo bez
108	Orteza stawu kolanowego stabilizująca: z szynami (stałkami), sznurowana lub na rzepy
109	Orteza stawu kolanowego stabilizująco-korygująca z regulatorem ustawienia zgięcia stawu
110	Orteza na goleń i udo: szynowo-opaskowa lub tulejkowa, skórzana albo z tworzywa sztucznego
111	Łuska na całą kończynę dolną: z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
112	Szyna nocna na całą kończynę dolną z sandałem korygująca koślawość lub szpotawość kolana
113	Orteza redresująca staw kolanowy
114	Orteza rzepki stabilizująca
115	Orteza zapobiegająca przeprostowi kolana
116	Orteza jednoszynowa stabilizująca staw kolanowy
117	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
118	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
119	Orteza rotująca stopę jednoszynowa sprężynowa
120	Aparat odciążający kończynę dolną: typu Thomasa, z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
121	Szyna Engelmannna
122	Szyna Saint-Germaina
123	Szyna Denis-Browna, bez sandałów albo z sandałkami
124	Poduszka Frejki
125	Rozwórka Koszli
126	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127	Pajacyk Grucy
128	Szyna Ortolaniego
129	Szelki Grucy albo Pawlika
	Ortezy kończyny górnej
130	Aparat Stacka
131	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródręczno-palcowych lub śródręczno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134	Orteza redresująca staw łokciowy
135	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoń i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka - Oppenheimera
136	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137	Orteza korygująca Lamba
138	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139	Orteza na rękę i przedramię wg Engena albo łuska śródręczna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa
143	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców

144	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomacie albo sprężynowa
152	Orteza elewacyjna
153	Orteza odwodząca
154	Orteza stabilizująco-odciążająca
155	Temblak kończyny górnej
	Gorsety i kołnierze ortopedyczne
156	Gorset szkieletowy (Calota)
157	Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
158	Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem
159	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
160	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
161	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
162	Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzanym albo z koszem z tworzywa sztucznego
163	Gorset korekcyjny do leczenia skolioz
164	Prostotrzymacz wg Hohmanna
165	Prostotrzymacz wg Taylora
166	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
167	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
168	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
169	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
170	Półgorsetowa orteza szyjna
171	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
172	Kołnierz pneumatyczny
173	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
174	Kołnierz „Florida”
175	Kołnierz Schantza miękki
176	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
	Ortezy tułowia i szyi
177	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
178	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
179	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
180	Prostotrzymacz wg Hohmanna
181	Prostotrzymacz wg Taylora
182	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
183	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
184	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
185	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
186	Pas na rozejście spojenia łonowego
187	Półgorsetowa orteza szyjna
188	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
189	Kołnierz pneumatyczny
190	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
191	Kołnierz „Florida”
192	Kołnierz Schantza miękki
193	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
194	Kołnierz na kręcz karku
195	Pelota korekcyjna na łopatkę
196	Prostotrzymacz na kurtkę klatkę piersiową
	Obuwie ortopedyczne
197	Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu
198	Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej
199	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200	Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemieniem do buta albo do sandała
	Kule i laski inwalidzkie do stałego użytkowania
201	Kula łokciowa ze stopniową regulacją

202	Kula dla reumatyków
203	Kula pachowa
204	Kula przedramienna z kółkiem
205	Laska inwalidzka
206	Laska dla niewidomych (biała)
207	Trójnóg
208	Czwórnoóg
	Balkoniki i podpórki do chodzenia do stałego użytkowania
209	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
	Wózki inwalidzkie do stałego użytkowania
210	Wózek inwalidzki ręczny
211	Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku - czynnych zawodowo
212	Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy
213	Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę
	Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione
214	Fotelik dla dzieci do siedzenia
215	Indywidualne przedmioty pionizujące
216	Pełzak (wózek do raczkowania)

2) ŚRODKI POMOCNICZE

Lp.	Wyszczególnienie
1*	Soczewki okularowe korekcyjne (w tym soczewki korekcyjne barwione) umożliwiające dokładne widzenie i zapobiegające znużeniu oka
	a) Soczewki do blizy
	b) Soczewki do dali
	c) Soczewki pryzmatyczne
	d) Soczewki dwuogniskowe
2	Soczewki kontaktowe lecznicze
	twarde
	miękkie
3	Obturatorzy dla dzieci
4	Pomoce optyczne dla niedowidzących:
	a) lupa
	b) lunety, w tym monookulary
	c) okulary lornetkowe do blizy i dali
	d) okulary lupowe
5	a) Proteza oka wykonana indywidualnie dla dzieci i młodzieży
	proteza
	epiproteza
	b) Proteza oka wykonana indywidualnie dla dorosłych
	proteza
	epiproteza
6	a) Aparat (aparaty) słuchowy(e) na przewodnictwo powietrza lub kostne
	b) Wkładka uszna wykonana indywidualnie
7	Systemy wspomagające słyszenie (pętle indukcyjne, system FM i na podczerwień)
8	Cewniki zewnętrzne do 30 szt. lub zamiennie kieszonki do zbiórki moczu do 30 szt.
9	Cewniki urologiczne do 6 szt.
10	a) Cewniki urologiczne jednorazowe
	b) Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
11	Worki do zbiórki moczu do 6 sztuk miesięcznie
12	a) Pas do zbiornika na kał
	b) Worki wymienne do pasa w ilości do 90 szt.
13	Worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. lub w równowartości ich kosztu inny sprzęt stomijny (np. zestawy irygacyjne, płytki + worki itp.) po zabiegach na:
	- jelicie cienkim (ileostomii)
	- jelicie grubym (kolostomii)
	- układzie moczowym (urostomii)
14	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)

15	Pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie w przypadku pacjentów:
	- z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziały lub krwawiących guzów krocza, okolicy krzyżowej itp.
	- z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi (pęcherzowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowo-odbytniczymi, pochwowo-odbytniczymi)
	- z nietrzymaniem stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych
	lub zamiennie pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie
	lub zamiennie podkłady do 60 szt.
	lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
16	Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie dla dorosłych i dzieci powyżej 3 roku życia:
	- z głębokim upośledzeniem umysłowym, w zespołach otępiennych o różnej etiologii
	- w postępujących chorobach układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy
	- z wadami rozwojowymi, przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, przepuklinami oponowo-mózgowymi, wycisowaniem pęcherza
	lub zamiennie podkłady do 60 szt.
	lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
17	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem
18	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)
19	Proteza powietrzna - aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego
20	Inhalator dyszowy:
	- nebulizator (generator aerozolu)
	- sprężarka powietrza
21	Proteza piersi
22	Peruki:
	- z włosów sztucznych
	- z włosów naturalnych
23	Pas przepuklinowy:
	- jednostronny
	- obustronny
24	Pas brzuszny
25	Poduszka przeciwoleżynowa
26	Materac przeciwoleżynowy

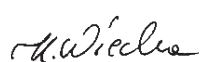
Niniejsza Tabela Przedmiotów Ortopedycznych i Środków Pomocniczych stanowiąca załącznik do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Krzysztof Wiecha



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.