
Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie ProFamilia



Obowiązują od 29 września 2018 roku

generali.pl



Spis treści

5	Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
8	Postanowienia ogólne
8	Definicje
9	Przedmiot i zakres ubezpieczenia
9	Zawarcie Umowy
10	Ochrona tymczasowa
10	Ochrona ubezpieczeniowa
10	Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
11	Suma ubezpieczenia
11	Składka
12	Składka regularna
12	Skutki nieopłacenia Składki regularnej
12	Zmiany wysokości Składki regularnej
13	Składka dodatkowa
13	Zawieszenie opłacania Składek regularnych
13	Przekształcenie Umowy w bezskładkową
14	Zmiany w Funduszach
14	Indeksacja Sumy ubezpieczenia i Składki regularnej
14	Oplaty
15	Wykup
16	Wskazanie osób Uposażonych
16	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
16	Skutki podania nieprawdziwych informacji
16	Świadczenie z tytułu Umowy
17	Wypłata świadczenia
17	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
17	Prawa i obowiązki Towarzystwa
18	Reklamacje
18	Postanowienia końcowe
20	Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat i limitów
22	Załącznik nr 2 do OWU – Wykaz Funduszy
23	Załącznik nr 3 do OWU – Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych
	Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych
26	Wypłata renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego
30	Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
33	Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego
36	Trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- 40 Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu
 - 44 Rehabilitacja w wyniku Pobytu w szpitalu
 - 47 Poważne zachorowanie
 - 56 Poważna operacja
 - 59 Zabiegi specjalistyczne
 - 62 Pobyt w szpitalu
 - 66 Refundacja kosztów wizyty u Lekarza specjalisty
 - 68 Przejęcie opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej
 - 71 Całkowita niezdolność do pracy
 - 74 Druga opinia medyczna
 - 77 Assistance
 - 83 Zdrowie Dziecka
 - Załączniki do ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych**
 - 93 Katalog Poważnych operacji
 - 103 Katalog Zabiegów specjalistycznych
 - 105 Tabela uszczerbków na zdrowiu
-

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie ProFamilia (kod FPP5_OWU_09.2018)
dalej „OWU”, z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer jednostki redakcyjnej w OWU	
Postanowienia OWU	§ 4 ust. 1; § 9 ust. 1; § 10; § 14 ust. 4-7; § 15 ust. 3; § 31 ust. 2; § 35 ust. 1	§ 12; § 27 ust. 1; § 33; § 34; § 35 ust. 3; Załącznik nr 1 do OWU – pkt 9 Tabeli limitów
Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, dalej „OWUD”:		
	Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	
Wypłata renty w przypadku śmierci	§ 4; § 12	§ 6 ust. 2 i 3; § 15
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 12	§ 6 ust. 2 i 3; § 11; § 12
Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	§ 4; § 12	§ 6 ust. 2 i 3; § 11; § 12
Trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 12 ust. 1	§ 6 ust. 2 i 3; § 11; § 12 ust. 2-6
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu	§ 4; § 12 ust. 1-2 i 10; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 6 ust. 2-3 i 4; § 11; § 12 ust. 3-9 i 11-12
Rehabilitacja w wyniku Pobytu w szpitalu	§ 4; § 12 ust. 2 i 3	§ 6 ust. 2 i 3; § 11; § 12 ust. 1 i 4

Poważne zachorowanie	§ 5; § 13 ust. 1-3	§ 6 ust. 2 i 3; § 7 ust. 2-6; § 12; § 13 ust. 4-6
Poważna operacja	§ 4; § 12 ust. 1; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Poważnych operacji	§ 6 ust. 2-5; § 11; § 12 ust. 2 i 3
Zabiegi specjalistyczne	§ 4; § 12 ust. 1; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Zabiegów specjalistycznych	§ 6 ust. 2-5; § 11; § 12 ust. 2 i 3
Pobyty w szpitalu	§ 4; § 12 ust. 1 i 4	§ 6 ust. 2-5; § 11; § 12 ust. 2, 3 i ust. 5
Refundacja kosztów wizyty u lekarza specjalisty	§ 4; § 12 ust. 1	§ 6 ust. 2-5; § 12 ust. 2
Przejęcie opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej	§ 4; § 10 ust. 1	§ 6 ust. 2 i 3; § 9; § 10 ust. 2
Całkowita niezdolność do pracy	§ 4; § 12 ust. 1	§ 6 ust. 2 i 3; § 11; § 12 ust. 2
Druga opinia medyczna	§ 4; § 5; § 11 ust. 1-3	§ 10, § 7 ust. 2 i 3, § 11 ust. 1
Assistance	§ 4; § 5 pkt 1; § 11 ust. 1 i 2	§ 5 ust. 2; § 7 ust. 2 i 3; § 10; § 12 ust. 4; § 13 ust. 1 i 4
Zdrowie Dziecka	§ 4; § 5; § 15 ust. 1; § 16 ust. 1, 4 i 5; § 17 ust. 1; § 18; § 19 ust. 1; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Poważnych operacji; § 20 ust. 1 i 2; § 22 ust. 1-3; Załącznik nr 2 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu; § 21 ust. 1-3	§ 5 pkt 3 ppkt b; § 13; § 15 ust. 2; § 16 ust. 2 i 3; § 17 ust. 2; § 18 ust. 2; § 19 ust. 2 i 3; § 20 ust. 2-7; § 21 ust. 2 i 3; § 22 ust. 1

3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 31; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat; Załącznik nr 3 do OWU – § 5 ust. 6-8
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 32 ust. 3-5; ust. 9 i ust. 11-13; Załącznik nr 1 do OWU – pkt 2 i 3 Tabeli limitów

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PROFAMILIA

(KOD FPP5_OWU_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową”).
2. Przez Umowę Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15B (zwana dalej „Towarzystwem”) zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w Umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składek.
3. Tabela opłat i limitów – kod FPP5_TOIL_09.2018 (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
4. Wykaz Funduszy – kod FPP5_WUFK_09.2018 stanowi załącznik nr 2 do OWU.
5. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod FPP5_RL_09.2018 (zwany dalej „Regulaminem lokowania”) stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Alokacja** – określony procentowo przez Ubezpieczającego podział Składki pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – cena Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku i odliczana z Rachunku;
 - 3) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 4) **Dzień wyceny** – oznacza każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 5) **Dzień roboczy** – oznacza każdy dzień, z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 6) **Dzień nabycia** – oznacza Dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa;
 - 7) **Jednostka uczestnictwa** – udział w aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego uzyskany poprzez podzielenie ich na równe części, dający Ubezpieczającemu prawo do udziału w tych aktywach;
 - 8) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Ubezpieczającemu za pośrednictwem Internetu;
 - 9) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
 - 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
 - 11) **Rachunek** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki regularne lub Składki dodatkowe ewidencjonowane są na odrębnych rachunkach: Rachunku składek regularnych (zwanym dalej „Rachunkiem regularnym”) i Rachunku składek dodatkowych (zwanym dalej „Rachunkiem dodatkowym”);
 - 12) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 - 13) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - 14) **Składka** – oznacza Składkę regularną i Składkę dodatkową;
 - 15) **Składka dodatkowa** – składka płatna w dowolnym czasie trwania Umowy w wysokości nie mniejszej niż określona w Tabeli;
 - 16) **Składka regularna** – składka płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumencie ubezpieczenia;
 - 17) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
 - 18) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek regularnych;
 - 19) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 20) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa podzielona na równe części (zwany „Funduszem”);
 - 21) **Umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU;
 - 22) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy;
 - 23) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 24) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 25) **Uprawniony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie – osoba wskazana w § 32 ust. 6;
 - 26) **Wartość dodatkowa** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku dodatkowym;
 - 27) **Wartość polisy** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku regularnym;

- 28) **Wartość wykupu** – wartość jaką Towarzystwo wypłaca w związku z odstąpieniem od Umowy, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 3 lub ust. 7 oraz rozwiązaniem Umowy, składa się na nią Wartość polisy pomniejszona o opłatę operacyjną za całkowity wykup Wartości polisy w wysokości wskazanej w Tabeli oraz Wartość dodatkowa;
 - 29) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 30) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”);
 - 31) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć Sumę ubezpieczenia i Składkę regularną, ustalany przez Towarzystwo na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny; minimalna wysokość wskaźnika indeksacji określona została przez Towarzystwo w Tabeli.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Głównym celem Umowy jest ochrona życia Ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze Składek w Fundusze.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane we Wniosku, na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych, wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczającego.
2. W przypadku Umowy zawieranej na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) Towarzystwo uzyskuje w formie ankiety informacje dotyczące Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy zawartej przez Ubezpieczającego, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczonego.
3. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Ubezpieczającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 70 roku życia.
3. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku jest ankieta medyczna zawierająca pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem, a ich koszt pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek o którym mowa w ust. 3 i 4 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

1. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
2. Jeżeli w odpowiedzi na złożony Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
3. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci niezwłocznie Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.

Ochrona tymczasowa

§ 9

1. W okresie rozpatrywania Wniosku Towarzystwo udziela, nie dłużej niż 60 dni, osobie wskazanej we Wniosku jako Ubezpieczony ochrony tymczasowej na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ochrona tymczasowa rozpoczyna się po otrzymaniu przez Towarzystwo Wniosku, nie wcześniej niż od następnego dnia po opłaceniu składki w należnej wysokości na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

§ 10

Świadczenie z tytułu ochrony tymczasowej wypłacane jest w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej we Wniosku, przy czym nie wyższej niż maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu ochrony tymczasowej określona w Tabeli.

§ 11

1. Ochrona tymczasowa wygasa we wcześniejszej z następujących dat:
 - 1) z dniem doręczenia decyzji Towarzystwa o odmowie zawarcia Umowy;
 - 2) z dniem otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu dotyczącego zawarcia Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku;
 - 3) z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o rezygnacji z zawarcia Umowy;
 - 4) 60 dni od daty rozpoczęcia ochrony tymczasowej w przypadku niedostarczenia przez Ubezpieczającego dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia Wniosku;
 - 5) z dniem poprzedzającym dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, nie później niż z upływem 60 dni od daty rozpoczęcia ochrony tymczasowej;
 - 6) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. Ochrona tymczasowa wygasa najpóźniej 60 dnia od daty jej rozpoczęcia, chyba że powyższe wystąpiło wcześniej.
3. W przypadku zawarcia Umowy wpłaconą składkę zalicza się na poczet pierwszej Składki regularnej należnej z tytułu Umowy.

§ 12

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ochrony tymczasowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony tymczasowej oraz powstał wskutek przyczyn wskazanych w § 33 pkt 1, a ponadto jeżeli był konsekwencją:

- 1) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 3) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 4) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 6) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 13

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się pod warunkiem łącznego spełnienia poniższych warunków:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku oraz
 - 2) opłacenia pierwszej Składki regularnej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki regularnej, a wygasa w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 15 albo otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy lub otrzymania oświadczenia Ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia, o których mowa w § 14 ust. 6.

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 14

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie w terminie:
 - 1) 7 dni od dnia zawarcia Umowy w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo
 - 2) 30 dni od dnia zawarcia Umowy w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną albo

- 3) 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 38 ust. 2 pkt 4 w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną albo przedsiębiorcą.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lub pkt 2 Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu w terminie 7 Dni roboczych Składkę regularną pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku gdy na Rachunek dodatkowy wpłacono Składkę dodatkową – Wartość dodatkową ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
5. Towarzystwo zwróci opłaconą Składkę dodatkową, jeżeli od dnia jej opłacenia do dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy nie nabydzie za tę Składkę dodatkową Jednostek uczestnictwa.
6. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu nie później niż w terminie 7 Dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia, Wartość wykupu ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
7. W przypadku Umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczony może wystąpić z Umowy ze skutkiem odstąpienia od tej Umowy, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 38 ust. 2 pkt 4. W takim przypadku postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.

§ 15

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej w terminie i na zasadach określonych w § 21 ust. 1 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy, ze skutkiem na ostatni dzień Miesiąca polisy za który została opłacona Składka regularna;
 - 4) gdy Wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w § 30, z wyłączeniem okresu pierwszych pięciu lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli w tym okresie Umowa nie została przekształcona w bezskładową ani nie skorzystano z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych lub prawa do częściowego wykupu Wartości polisy – z upływem ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego Miesiąc polisy, w którym Wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat.
3. W przypadku rozwiązania Umowy:
 - 1) w wyniku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie, o którym mowa w § 35 ust. 1;
 - 2) z przyczyn określonych w ust. 2 pkt 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną zgodnie z § 31 ust. 11;
 - 3) z przyczyn określonych w ust. 2 pkt 3-4 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną po Cenie jednostki przypadającej nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od daty rozwiązania Umowy.

Suma ubezpieczenia

§ 16

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia aktualna na dzień zawarcia Umowy określona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru dowolnej Sumy ubezpieczenia z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością ustaloną przez Towarzystwo.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia uzależniona jest od opłacanej przez Ubezpieczającego Składki regularnej.
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia ustalana jest w zależności od aktualnego Wiek Ubezpieczonego, wysokości Składki regularnej (rocznej), częstotliwości opłacania Składek regularnych oraz wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Późniejszy od pierwszej Rocznic polisy Ubezpieczający ma prawo wnioskować o podwyższenie albo obniżenie Sumy ubezpieczenia, pod warunkiem, że Umowa nie została przekształcona w bezskładową albo Ubezpieczający nie korzysta z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych.
5. Przed wyrażeniem przez Towarzystwo zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.

§ 17

1. W przypadku częściowego wykupu Wartości polisy, o którym mowa w § 31 ust. 2 pkt 2, Suma ubezpieczenia zostaje obniżona o wypłacaną kwotę. Częściowy wykup Wartości polisy, który spowodowałby obniżenie Sumy ubezpieczenia poniżej wartości minimalnej Sumy ubezpieczenia określonej w Tabeli, nie zostanie zrealizowany, o czym Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.
2. Składka regularna po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy pozostaje w niezmienionej wysokości.

Składka

§ 18

1. Minimalna wysokość Składki określona jest przez Towarzystwo w Tabeli.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki regularnej nie później niż w terminie 30 Dni roboczych od dnia podpisania Wniosku. W przypadku niedokonania wpłaty w podanym terminie Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Składki opłacane są na rachunki bankowe wskazane przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego przed dokonaniem zmiany rachunku.

§ 19

1. W dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo otwiera Rachunek regularny, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki regularne.
2. Po opłaceniu Składki regularnej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku regularnego zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki regularnej określonej w dyspozycji Alokacji pomniejszonej o opłatę alokacyjną wskazaną w Tabeli przez Cenę jednostki danego Funduszu obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od:
 - 1) dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku pierwszej Składki regularnej;
 - 2) dnia opłacenia Składki regularnej w przypadku drugiej i kolejnych Składek regularnych, jeżeli zostały opłacone po dacie ich wymagalności;
 - 3) dnia wymagalności Składki regularnej, jeżeli została ona opłacona przed datą i w dacie jej wymagalności.
3. Po opłaceniu pierwszej Składki dodatkowej Towarzystwo otwiera Rachunek dodatkowy, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki dodatkowe, z zastrzeżeniem § 27 ust. 2.
4. Po opłaceniu Składki dodatkowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku dodatkowego zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki dodatkowej przeznaczonej na zakup Jednostek uczestnictwa, określonej w dyspozycji Alokacji, przez Cenę jednostki danego Funduszu obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od:
 - 1) dnia opłacenia Składki dodatkowej w przypadku otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o stałym podziale Składki dodatkowej;
 - 2) dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o jednorazowym podziale Składki dodatkowej;
 - 3) pierwszego Dnia roboczego następującego po upływie okresu wskazanego w § 23 ust. 4, jeżeli Towarzystwo nie otrzymało oświadczenia Ubezpieczającego o podziale Składki dodatkowej.
5. Procent Składki przeznaczonej na nabycie Jednostek uczestnictwa został określony w Tabeli.
6. Liczbę Jednostek uczestnictwa dopisywanych do Rachunku zaokrągla się z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku.
7. Minimalna Alokacja Składki w wybrany Fundusz nie może być niższa niż wartość określona w Tabeli.

Składka regularna

§ 20

1. Ubezpieczający określa we Wniosku wysokość Składki regularnej oraz częstotliwość jej opłacania.
2. Wysokość Składki regularnej należnej z tytułu Umowy potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka regularna może być opłacana z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatna jest przez cały okres trwania Umowy, najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest należna (data wymagalności Składki regularnej).
4. Za Składkę regularną Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa w Funduszach wybranych przez Ubezpieczającego.

Skutki nieopłacenia Składki regularnej

§ 21

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki regularnej w wymaganym terminie, po upływie 30 dni od daty jej wymagalności, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki regularnej w dodatkowym 30-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki regularnej w tym terminie.
2. Skutkiem nieopłacenia w wymaganym terminie Składki regularnej jest rozwiązanie Umowy i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Nieopłacenie Składki regularnej w wymaganym terminie spowoduje:
 - 1) w przypadku, gdy data wymagalności nieopłaconej Składki regularnej przypada w okresie pierwszych trzech Lat polisy – rozwiązanie Umowy i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 23 ust. 2;
 - 2) począwszy od trzeciej Rocznicy polisy – zastosowanie przez Towarzystwo, w kolejności wskazanej w poniższych punktach, rozwiązań o których mowa w:
 - a. § 23 ust. 2;
 - b. § 24 ust. 2 pkt 2;
 - c. § 25 ust. 2 pkt 2,o ile Umowa spełnia warunki do ich zastosowania.

Zmiany wysokości Składki regularnej

§ 22

1. Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) podwyższenia wysokości Składki regularnej począwszy od trzeciej Rocznicy polisy;
 - 2) obniżenia wysokości Składki regularnej począwszy od trzeciej Rocznicy polisy, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) zmiany częstotliwości opłacania Składek regularnych w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wysokość Składki regularnej po zmianie, o której mowa w ust. 1 pkt 2 lub 3, nie może być niższa od minimalnej Składki regularnej dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli.

Składka dodatkowa

§ 23

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania Składki dodatkowej w dowolnym czasie obowiązywania Umowy. Składka dodatkowa wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wpłata Składki dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę dodatkową, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa, na poczet zaległych Składek regularnych.
3. Nabycie Jednostek uczestnictwa za Składkę dodatkową następuje na podstawie oświadczenia Ubezpieczającego określającego jej Alokację. Ubezpieczający ma prawo złożyć w Towarzystwie oświadczenie o stałym lub jednorazowym podziale wpłacanych Składek dodatkowych pomiędzy Fundusze.
4. Jeżeli w terminie 14 dni od opłacenia Składki dodatkowej do Towarzystwa nie wpłynie oświadczenie Ubezpieczającego o jej podziale, Towarzystwo ma prawo nabyć Jednostki uczestnictwa Funduszy w proporcjach ustalonych przez Ubezpieczającego dla Składki regularnej.
5. Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o stałym podziale Składek dodatkowych pomiędzy Fundusze, proporcje wskazane w tym oświadczeniu będą obowiązywać dla Składek dodatkowych opłaconych od daty otrzymania oświadczenia przez Towarzystwo do daty wpływu jego odwołania lub zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Złożenie oświadczenia o jednorazowym podziale Składki dodatkowej jest równoznaczne z odwołaniem oświadczenia, o którym mowa w ust. 5, o ile różni się od tego oświadczenia.

Zawieszenie opłacania Składek regularnych

§ 24

1. Począwszy od trzeciej Rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich należnych Składek regularnych za pierwsze 3 Lata polisy oraz pod warunkiem, że Wartość polisy jest większa od zera, Ubezpieczającemu przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek regularnych.
2. Zawieszenie opłacania Składek regularnych następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego złożony w Towarzystwie najpóźniej w terminie 30 dni przed dniem wymagalności Składki regularnej albo
 - 2) po upływie dodatkowego terminu na opłacenie Składki regularnej, określonego w § 21 ust. 1, o ile Ubezpieczający nie wypowiedział wcześniej Umowy.
3. W przypadku zawieszenia opłacania Składek regularnych:
 - 1) Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy pozostaje na niezmienionym poziomie;
 - 2) wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawartych Umów dodatkowych.
4. W przypadku zakończenia zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu zawartych Umów dodatkowych, na warunkach określonych w poszczególnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.
5. Zawieszenie opłacania Składek regularnych następuje na okres nie dłuższy niż 12 Miesięcy polisy, z datą wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej.
6. Wznowienie opłacania Składek regularnych następuje z dniem wymagalności Składki regularnej przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, pod warunkiem, że Ubezpieczający opłacił bieżącą Składkę regularną i powiadomił Towarzystwo o wznowieniu opłacania.
7. Pomiędzy kolejnymi okresami zawieszenia opłacania Składek regularnych wymagany jest upływ co najmniej pięcioletniego okresu, liczonego od zakończenia ostatniego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych do rozpoczęcia najbliższego, następującego po nim okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych.
8. Jeżeli Wartość polisy jest niewystarczająca do zawieszenia opłacania Składek regularnych, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego.

Przekształcenie Umowy w bezskładkową

§ 25

1. Począwszy od trzeciej Rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich należnych Składek regularnych za pierwsze 3 Lata polisy oraz pod warunkiem, że Wartość polisy jest większa lub równa kwocie określonej w Tabeli, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczającemu przysługuje prawo przekształcenia Umowy w bezskładkową.
2. Przekształcenie Umowy w bezskładkową następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego złożony w Towarzystwie najpóźniej w terminie 30 dni przed dniem wymagalności Składki regularnej albo
 - 2) po upływie dodatkowego terminu na opłacenie Składki regularnej, określonego w § 21 ust. 1, o ile Ubezpieczający nie wypowiedział wcześniej Umowy, z zastrzeżeniem ust. 3, z datą wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej.
3. Przekształcenie Umowy w bezskładkową po upływie terminu dodatkowego, o którym mowa w § 21 ust. 1, nastąpi pod warunkiem, że Ubezpieczający wcześniej skorzystał z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych, a w przypadku gdy nie skorzystał z tego prawa, o którym mowa powyżej, Towarzystwo dokona zawieszenia opłacania Składek regularnych.
4. W przypadku posiadania Wartości dodatkowej, do wyliczenia minimalnej Wartości polisy do przekształcenia Umowy w bezskładkową Towarzystwo uwzględni Wartość dodatkową.
5. Jeżeli Wartość polisy jest mniejsza niż Wartość polisy wymagana do przekształcenia Umowy w bezskładkową określona w Tabeli, z zastrzeżeniem ust. 4, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego.

§ 26

1. Po przekształceniu Umowy w bezskładkową:
 - 1) Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy pozostaje na niezmienionym poziomie;
 - 2) wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawartych Umów dodatkowych;
 - 3) wygasa obowiązek Ubezpieczającego do opłacania Składek regularnych.
2. Przekształcenie Umowy w bezskładkową jest procesem nieodwracalnym.

§ 27

1. W dniu przekształcenia Umowy w bezskładową wszystkie Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki dodatkowe umarzone są po Cenie jednostki obowiązującej w tym dniu i przekazywane na Rachunek regularny również po Cenie jednostki obowiązującej w tym dniu zgodnie z udziałem każdego z Funduszy w Wartości dodatkowej.
2. Jeżeli po przekształceniu Umowy w bezskładową na Rachunek wpłynie składka, Towarzystwo ma prawo (jeżeli Ubezpieczający nie złoży odmiennej dyspozycji) nabyć za nią Jednostki uczestnictwa w proporcjach zgodnych z ostatnią dyspozycją Alokacji Składki regularnej i dopisać je do Rachunku regularnego nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od dnia wpływu składki po Cenie jednostki obowiązującej w dniu transakcji.

Zmiany w Funduszach**§ 28**

1. Ubezpieczającemu w dowolnym czasie obowiązywania Umowy przysługuje prawo do:
 - 1) zmiany Alokacji;
 - 2) przeniesienia do wybranego Funduszu wszystkich lub części Jednostek uczestnictwa zakupionych za Składki znajdujące się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie później niż w terminie 8 Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego w tym względzie, poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa w jednym Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa w innym Funduszu.
3. Towarzystwo dokona zmian Funduszy po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego lub za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.

Indeksacja Sumy ubezpieczenia i Składki regularnej**§ 29**

1. W każdą Rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 6, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do podwyższenia Sumy ubezpieczenia oraz Składki regularnej o Wskaźnik indeksacji zaproponowany przez Towarzystwo.
2. Najpóźniej na 30 dni przed każdą Rocznicą polisy Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o nowej wysokości Sumy ubezpieczenia oraz Składki regularnej.
3. Towarzystwo przekazuje propozycję podwyższenia Sumy ubezpieczenia w oparciu o wartość zindeksowanej Składki regularnej. Suma ubezpieczenia może wzrosnąć o taki Wskaźnik indeksacji co Składka regularna pod warunkiem, że zindeksowana Suma ubezpieczenia dla aktualnego Wiek Ubezpieczonego i opłacanej przez niego Składki regularnej nie przekracza maksymalnej Sumy ubezpieczenia. W przypadku, gdy zindeksowana Suma ubezpieczenia przekracza maksymalną Sumę ubezpieczenia, Towarzystwo ustala ją na poziomie maksymalnej Sumy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający ma prawo rezygnacji z indeksacji. W takim przypadku Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Towarzystwo o rezygnacji z indeksacji najpóźniej do 7 dnia przed Rocznicą polisy. Brak zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji traktowany jest jako wyrażenie na nią zgody.
5. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy.
6. Prawo do indeksacji nie przysługuje Ubezpieczającemu:
 - 1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych;
 - 2) od daty przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 3) od daty przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek na podstawie zawartej Umowy dodatkowej przejścia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej.

Opłaty**§ 30**

1. Towarzystwo z tytułu Umowy pobiera następujące opłaty:
 - 1) opłatę administracyjną;
 - 2) opłatę operacyjną:
 - a. za zmianę Alokacji Składki regularnej;
 - b. za przeniesienie Jednostek uczestnictwa;
 - c. za przesłanie informacji dotyczącej Umowy w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej na wniosek Ubezpieczającego;
 - d. za całkowity lub częściowy wykup Wartości polisy;
 - 3) opłatę za zarządzanie Funduszami;
 - 4) opłatę alokacyjną;
 - 5) opłatę za ryzyko.
2. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 1, określona jest w Tabeli.
3. Opłata administracyjna pobierana jest na pokrycie kosztów bezpośredniej obsługi Umowy.
4. Opłata administracyjna naliczana jest i pobierana przez Towarzystwo w dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy w wysokości określonej w Tabeli. Opłata pobierana jest poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku regularnego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu naliczenia opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.

5. Opłata operacyjna za zmianę Alokacji Składki regularnej pobierana jest na pokrycie kosztów przeprowadzenia operacji zmiany Alokacji Składki regularnej.
6. Opłata operacyjna za zmianę Alokacji Składki regularnej naliczana jest w dniu realizacji zmiany Alokacji Składki regularnej i pobierana jest za każdą zmianę dokonaną poza Kontem Klienta poprzez odliczanie Jednostek uczestnictwa z Rachunku regularnego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu naliczenia opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.
7. Opłata operacyjna za przeniesienie Jednostek uczestnictwa pobierana jest na pokrycie kosztów przeprowadzenia operacji przeniesienia Jednostek uczestnictwa.
8. Opłata operacyjna za przeniesienie Jednostek uczestnictwa pobierana jest poprzez odpowiednie zmniejszenie liczby przenoszonych Jednostek uczestnictwa za każdą zmianę dokonaną poza Kontem Klienta.
9. Opłata operacyjna za przesłanie informacji dotyczącej Umowy w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej na wniosek Ubezpieczającego pobierana jest na pokrycie kosztów przygotowania i przekazania informacji na wniosek Ubezpieczającego i pobierana jest w przypadku, gdy przekazanie tej informacji nie wynika z obowiązujących przepisów prawa lub zapisów OWU.
10. Opłata operacyjna za przesłanie informacji dotyczącej Umowy w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej naliczana jest w dniu przygotowania informacji przez Towarzystwo i pobierana jest za każdą informację, z wyłączeniem informacji, o której mowa w § 31 ust. 14, poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku regularnego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu naliczenia opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.
11. Opłata operacyjna za całkowity lub częściowy wykup Wartości polisy pobierana jest na pokrycie kosztów przygotowania i realizacji wypłaty.
12. Opłata operacyjna za całkowity lub częściowy wykup Wartości polisy pobierana jest w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu Wartości polisy przed dziesiątą Rocznicą polisy. Opłata ta pobierana jest poprzez pomniejszenie wartości wypłaty o opłatę operacyjną za całkowity lub częściowy wykup Wartości polisy określoną w Tabeli.
13. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana jest za zarządzanie Funduszami przez Towarzystwo. Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.
14. Opłata za zarządzanie Funduszami naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa, za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli. Rezerwa na opłatę za zarządzanie Funduszami tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli dla odpowiedniego Funduszu, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365).
15. Opłata alokacyjna pobierana jest na pokrycie poniesionych przez Towarzystwo kosztów związanych z zawarciem Umowy, tj. kosztów wdrożenia produktu, marży Towarzystwa oraz kosztów akwizycji.
16. Opłata alokacyjna pobierana jest przez Towarzystwo poprzez zmniejszenie wysokości każdej Składki regularnej należnej i opłaconej w 1, 2, 3, 4 i 5 Roku polisy o opłatę alokacyjną określoną w Tabeli.
17. Opłata za ryzyko pobierana jest za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
18. W dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, w celu naliczenia opłaty za ryzyko Towarzystwo ustala sumę na ryzyko, która stanowi różnicę między kwotą aktualnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy a Wartością polisy. Miesięczna stawka za ryzyko śmierci ustalana jest na podstawie aktualnego w danym Roku polisy Wieku Ubezpieczonego oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka przy zastosowaniu rocznych stawek za ryzyko śmierci określonych w Tabeli. Opłata za ryzyko jest równa iloczynowi miesięcznej stawki za ryzyko śmierci i aktualnej sumy na ryzyko. Jeżeli w danym Miesiącu polisy Wartość polisy jest większa niż Suma ubezpieczenia, Towarzystwo nie nalicza opłaty za ryzyko.
19. Opłata za ryzyko naliczana jest i pobierana w dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy zgodnie z ust. 18. Opłata pobierana jest poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku regularnego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu naliczenia opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.
20. Jeżeli w okresie pierwszych pięciu lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Wartość polisy w danym Miesiącu polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w ust. 1 pkt 1, pkt 2 ppkt a i c, oraz pkt 5, wówczas należną część opłat za dany Miesiąc polisy dopisuje się do opłat za następny Miesiąc polisy.
21. Postanowienia ust. 20 nie mają zastosowania, jeżeli Umowa została przekształcona w bezskładową albo Ubezpieczający skorzystał z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych, albo skorzystał z prawa do częściowego wykupu Wartości polisy.

Wykup

§ 31

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Wartości polisy i Wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) całkowitego wykupu Wartości polisy – w dowolnym czasie;
 - 2) częściowego wykupu Wartości polisy – od pierwszej Rocznic polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek regularnych należnych za pierwszy Rok polisy;
 - 3) całkowitego lub częściowego wykupu Wartości dodatkowej – w dowolnym czasie.
3. W przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca Wartość wykupu.
4. W przypadku częściowego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca odpowiednią część Wartości polisy.
5. Wysokość częściowego wykupu Wartości polisy nie może być wyższa niż wartość określona w Tabeli.
6. W przypadku całkowitego lub częściowego wykupu Wartości dodatkowej Towarzystwo wypłaca Wartość dodatkową lub jej odpowiednią część.
7. Dyspozycja dotycząca częściowego wykupu Wartości polisy lub Wartości dodatkowej powinna być określona:
 - 1) procentowo z dokładnością do 1% w odniesieniu do Funduszy, z których ma zostać dokonany częściowy wykup albo
 - 2) kwotowo w odniesieniu do Funduszy, z których ma zostać dokonany częściowy wykup lub proporcjonalnie do udziału poszczególnych Funduszy w Wartości polisy lub Wartości dodatkowej, przy czym jeżeli Ubezpieczający składa dyspozycję częściowego wykupu wskazując ją kwotowo dodatkowo zobowiązany jest określić kwotę netto lub brutto do wypłaty.
8. W następstwie częściowej wypłaty Wartości polisy lub Wartości dodatkowej liczba Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Rachunku regularnym lub Rachunku dodatkowym zostanie pomniejszona o liczbę Jednostek uczestnictwa wynikającą z podzielenia kwoty wykupu przez Cenę jednostki.

9. Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy nie może być niższa niż kwota określona w Tabeli. W przypadku, gdy dyspozycja dokonania częściowego wykupu Wartości polisy spowodowałaby spadek Wartości polisy poniżej kwoty określonej w Tabeli, dyspozycja nie zostanie zrealizowana, o czym Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.
10. Towarzystwo określa maksymalną wysokość częściowego wykupu Wartości polisy oraz minimalną Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu. Ma to na celu zabezpieczenie Ubezpieczonego przed nadmiernym wzrostem obciążeń z tytułu opłat za ryzyko, w związku ze spadkiem Wartości polisy po dokonaniu częściowego wykupu, co może skutkować rozwiązaniem Umowy z powodu niewystarczającej Wartości polisy.
11. W celu dokonania wykupu Towarzystwo oblicza Wartość polisy i Wartość dodatkową przyjmując Cenę jednostki obowiązującą w dniu, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o dokonaniu wykupu oraz po potwierdzeniu tożsamości Ubezpieczającego.
12. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o kwocie wykupu oraz o dacie Ceny jednostki, po której ustalono wartość do wypłaty niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, określonego w ust. 11.
13. Towarzystwo wypłaca wartość, o której mowa w ust. 3, 4 i 6, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, określonego w ust. 11.
14. Towarzystwo przekaze Ubezpieczającemu raz w Roku polisy informację, o której mowa w § 38 ust. 2 pkt 4 bez pobrania opłaty operacyjnej, o której mowa w § 30 ust. 1 pkt 2 ppkt c. Za przekazanie informacji o Wartości wykupu lub Wartości polisy na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo pobiera opłatę wskazaną w § 30 ust. 1 pkt 2 ppkt c.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 32

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
3. Wskazanie dotyczące Uposażonego może być w każdym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. W przypadku nieokreślenia udziałów procentowych poszczególnych Uposażonych w kwocie świadczenia przyjmuje się, iż ich udziały są równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
9. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Zasady wskazywania Uposażonych, o których mowa w ust. 1-5 oraz 8, mają zastosowanie do wskazywania Uposażonych zastępczych.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 33

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 34

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 35

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie równe wyższej z wartości:

- 1) Sumie ubezpieczenia albo
- 2) Wartości polisy, powiększonej o Wartość dodatkową, o ile istnieje.
2. Do obliczenia Wartości polisy i Wartości dodatkowej na potrzeby ustalenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje Cenę jednostki obowiązującą w najbliższym Dniu roboczym następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo dokumentacji dotyczącej wypłaty świadczenia oraz liczbę Jednostek uczestnictwa na dzień śmierci Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia osobom Uprawnionym wskutek wyłączeń odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, o których mowa w § 33, to w tym przypadku Towarzystwo wypłaca:
 - 1) Wartość wykupu Ubezpieczającemu – gdy Umowa została zawarta na cudzy rachunek (Ubezpieczonego);
 - 2) Wartość wykupu spadkobiercom Ubezpieczającego – gdy Umowa została zawarta wyłącznie na rachunek Ubezpieczającego.

Wypłata świadczenia

§ 36

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 32 ust. 6, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności kserokopia aktu małżeństwa, kserokopia aktu urodzenia, kserokopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kserokopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazały się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski w formie tłumaczenia przysięgłego.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 37

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki regularnej w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy, w tym treści OWU będących podstawą do zawarcia Umowy;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 3) informacji o zmianie Wartości wykupu, w szczególności informacji o której mowa w § 38 ust. 2 pkt 4;
 - 4) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby Uprawnionej do otrzymania Sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
8. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
9. Ubezpieczający ma prawo do złożenia określonych zleceń wskazanych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną, o którym mowa w § 40 ust. 8, za pośrednictwem Konta Klienta.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 38

1. Towarzystwo ma prawo pobierania opłat określonych w OWU oraz Tabeli.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 3) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 4) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 5, o Wartości wykupu oraz o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy;
 - 5) informowania Ubezpieczającego w zakresie, o którym mowa w pkt 4, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
 - 6) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 7) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 36 ust. 4;
 - 10) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 11) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
 - 12) pisemnego potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 13) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo przekazuje informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3-7, pisemnie albo jeżeli Ubezpieczający wyrazi zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 40 ust. 8.
 4. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 39

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa lub w jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w ust. 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4-5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>. Adres poczty elektronicznej Towarzystwa: centrumklienta@generali.pl.
10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego

zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązany z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego

Postanowienia końcowe

§ 40

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wprowadzenie do Umowy postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba że postanowienia OWU lub Umowy dopuszczają inną formę.
5. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysyłane są odpowiednio na adres siedziby, miejsca zamieszkania lub na adres do korespondencji. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub odpowiednio miejsca zamieszkania oraz o każdej zmianie adresu do korespondencji.
6. Towarzystwo ma prawo przed realizacją dyspozycji składanych przez Ubezpieczającego żądać potwierdzenia jego tożsamości.
7. Towarzystwo dokona zmian w Umowie na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania, z zastrzeżeniem § 29 ust. 4.
8. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
9. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych - przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
10. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy.
11. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
12. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
13. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
14. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU

TABELA OPŁAT I LIMITÓW

(KOD FPP5_TOIL_09.2018)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość										
1)	Opłata administracyjna	14,89 zł miesięcznie										
2)	Opłata operacyjna za zmianę Alokacji Składki regularnej											
	- dokonaną za pośrednictwem Konta Klienta	bezpłatnie										
	- dokonaną poza Kontem Klienta	10,89 zł										
3)	Opłata operacyjna za przeniesienie Jednostek uczestnictwa											
	- dokonane za pośrednictwem Konta Klienta	bezpłatnie										
	- dokonane poza Kontem Klienta	10,89 zł										
4)	Opłata operacyjna za przesłanie informacji dotyczącej Umowy w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej na wniosek Ubezpieczającego	10,89 zł każda przesyłka										
5)	Opłata operacyjna za całkowity lub częściowy wykup Wartości polisy przed 10 Rocznicą polisy	4% wartości wypłaty należnej przed pobraniem podatku dochodowego ale nie więcej niż 500 zł										
6)	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu, opłata roczna)											
	UFK Generali Agresywny PLUS	2,75%										
	UFK Generali Lokacyjny PLUS	1,20%										
	UFK Generali Mieszany PLUS	2,50%										
	UFK Generali Obligacji PLUS	1,30%										
7)	Opłata alokacyjna od Składki regularnej											
	Rok polisy	% Składki regularnej										
	1	15%										
	2	10%										
	3	5%										
	4	5%										
	5	5%										
	6 i kolejne lata	0%										
8)	Roczne stawki za ryzyko śmierci Ubezpieczonego od 1 do 10 Roku polisy (włącznie) ¹⁾											
	Wiek Ubezpieczonego								Stawka			
	15-25	0,00219	26	0,00221	27	0,00223	28	0,00228	29	0,00232	30	0,00238
	31	0,00246	32	0,00255	33	0,00265	34	0,00276	35	0,00291	36	0,00306
	37	0,00324	38	0,00343	39	0,00366	40	0,00392	41	0,00422	42	0,00457
	43	0,00494	44	0,00540	45	0,00590	46	0,00645	47	0,00705	48	0,00769
	49	0,00835	50	0,00909	51	0,00985	52	0,01065	53	0,01149	54	0,01235
	55	0,01329	56	0,01425	57	0,01526	58	0,01635	59	0,01747	60	0,01867
	61	0,01994	62	0,02127	63	0,02270	64	0,02421	65	0,02582	66	0,02755
	67	0,02940	68	0,03140	69	0,03355	70	0,03590	71	0,03847	72	0,04130
	73	0,04442	74	0,04789	75	0,05171	76	0,05596	77	0,06065	78	0,06580
	79	0,07146	80	0,07761	81	0,08430	82	0,09152	83	0,09929	84	0,10761
	85	0,11651	86	0,12600	87	0,13611	88	0,14689	89	0,15835	90	0,17046
	91	0,18344	92	0,19711	93	0,21152	94	0,22670	95	0,24257	96	0,25925
	97	0,27661	98	0,29469	99	0,31341	100	0,33280				
9)	Roczne stawki za ryzyko śmierci Ubezpieczonego od 11 do 15 Roku polisy (włącznie)								Stawki za ryzyko wskazane w pkt 8 pomniejszone o 20%			
10)	Roczne stawki za ryzyko śmierci Ubezpieczonego od 16 Roku polisy								Stawki za ryzyko wskazane w pkt 8 pomniejszone o 30%			

¹⁾ Miesięczna stawka za ryzyko śmierci jest równa jednej dwunastej stawki rocznej.

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość składki	
	Składka regularna	
	- roczna	700 zł
	- półroczna	380 zł
	- kwartalna	200 zł
	- miesięczna	70 zł
	Składka dodatkowa	500 zł
2)	Maksymalna wartość częściowego wykupu Wartości polisy ¹⁾	50% Wartości polisy
3)	Minimalna Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy ¹⁾	2 000 zł
4)	Minimalna Alokacja Składki w wybrany Fundusz	10%
5)	Minimalna Wartość polisy wymagana do przekształcenia Umowy w bezskładkową	4 000 zł
6)	Minimalny Wskaźnik indeksacji	3%
7)	Procent Składki dodatkowej przeznaczonej na zakup Jednostek uczestnictwa	100%
8)	Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu ochrony tymczasowej	50 000 zł

¹⁾ Towarzystwo określa maksymalną wysokość częściowego wykupu Wartości polisy oraz minimalną Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu. Ma to na celu zabezpieczenie Ubezpieczonego przed nadmiernym wzrostem obciążeń z tytułu opłat za ryzyko, w związku ze spadkiem Wartości polisy po dokonaniu częściowego wykupu, co może skutkować rozwiązaniem Umowy z powodu niewystarczającej Wartości polisy.

Niniejsza Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY
(KOD FPP5_WU FK_09.2018)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze Rynku pieniężnego
1)	Fundusz Lokacyjny PLUS
	Fundusze Dłużne
2)	Fundusz Obligacji PLUS
	Fundusze Mieszane
3)	Fundusz Mieszany PLUS
	Fundusze Akcji
4)	Fundusz Agresywny PLUS

2. Niniejszy wykaz został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU

REGULAMIN LOKOWANIA ŚRODKÓW UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

(KOD FPP5_RL_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania określa zasady i terminy wyceny Jednostki uczestnictwa i likwidacji Funduszu oraz zawiera charakterystykę aktywów Funduszu.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska;
- 2) obligacje emitowane lub poręczone przez jednostki samorządu terytorialnego lub związki jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) inne dłużne papiery wartościowe;
- 4) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych na rynku regulowanym, a także akcje spółek będące przedmiotem oferty publicznej, jeśli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu na rynku regulowanym;
- 5) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych w alternatywnym systemie obrotu oraz akcje spółek nienotowanych;
- 6) instrumenty rynku pieniężnego i inne prawa majątkowe inkorporujące wierzytelności pieniężne;
- 7) listy zastawne;
- 8) depozyty bankowe;
- 9) instrumenty pochodne, takie jak: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami stanowiącymi pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Kryteria doboru aktywów

§ 3

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela, uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
3. Przy ocenie kształtowania rentowności dłużnych papierów wartościowych, służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze instrumentów do portfela, uwzględniane będą m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, bieżący i prognozowany poziom inflacji, ryzyko płynności.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 4

1. Fundusz Agresywny PLUS:
 - 1) aktywa Funduszu Agresywnego PLUS mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma instrumentów finansowych, o których mowa w § 2 pkt 4 i 5, może stanowić od 60% do 90% aktywów Funduszu Agresywnego.
2. Fundusz Mieszany PLUS:
 - 1) aktywa Funduszu Mieszanego PLUS mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma instrumentów finansowych, o których mowa w § 2 pkt 4 i 5, może stanowić od 20% do 50% aktywów Funduszu Mieszanego.
3. Fundusz Obligacji PLUS – aktywa Funduszu Obligacji PLUS mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4 i 5.
4. Fundusz Lokacyjny PLUS – aktywa Funduszu Lokacyjnego PLUS mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4 i 5.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 5

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Ubezpieczającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.

3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Wartość aktywów i zobowiązań ustala się na każdy Dzień wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią, podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz koszty i wydatki związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami oraz następujące koszty i opłaty:
 - 1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
 - 2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 6

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Ubezpieczający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji Składki.
4. Jeżeli Ubezpieczający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie 8 Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Ubezpieczającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji Składki.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie 8 Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu Lokacyjnego PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji Składki.
6. W przypadku likwidacji Funduszu Lokacyjnego PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do Funduszu Lokacyjnego PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. W związku z likwidacją Funduszu, Towarzystwo nie pobiera opłaty.
8. Ubezpieczający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży wniosek o przeniesienie Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub zmianę Alokacji Składki uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
9. W przypadku, gdy odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - 2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,
 Towarzystwo udostępni zmieniony wzorzec, o którym mowa w § 1 ust. 3, 4 i 5 OWU, na stronie generali.pl.
10. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - 1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - 2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,
 Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianach określonych w pkt 1 lub pkt 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 7

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Ubezpieczający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 8

Niniejszy Regulamin lokowania został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

WYPŁATA RENTY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

(KOD FPP5_PDB_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego wypłata renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego.
2. Tabela opłat i limitów – kod FPP5_PDB_TOIL_09.2018 (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 3) **Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 70 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.
4. Ubezpieczający na wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wskazuje okres wypłaty renty oraz miesięczną wysokość renty.
5. Minimalny i maksymalny okres wypłaty renty oraz minimalna wysokość miesięcznej renty określone zostały przez Towarzystwo w Tabeli.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;

- 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ustalana jest przez Towarzystwo jako iloczyn dwunastokrotności kwoty miesięcznej renty i liczby lat przez jakie renta ma być wypłacana.

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wiek Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

§ 10

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową nie podlegają indeksacji.

§ 11

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) zmiany okresu wypłaty renty;
 - 2) zmiany wysokości miesięcznej renty;
 z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Okres wypłaty renty po zmianie, o której mowa w ust. 1 pkt 1, nie może być krótszy od minimalnego okresu wypłaty renty ani dłuższy od maksymalnego okresu wypłaty renty, określonych przez Towarzystwo w Tabeli.
3. Wysokość wypłacanej renty po zmianie, o której mowa w ust. 1 pkt 2, nie może być niższa od minimalnej wysokości miesięcznej renty określonej przez Towarzystwo w Tabeli.
4. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ustaloną zgodnie z § 8 ust. 2 i nową wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
5. W przypadku gdy zmiany, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub 2, powodują podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony, przed wyrażeniem przez Towarzystwo zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, zobowiązany jest do złożenia dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
6. Towarzystwo potwierdza dokonanie zmiany w Dokumencie ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłacać będzie Uposażonemu z tytułu Umowy dodatkowej miesięczną rentę w wysokości wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Renta, o której mowa w ust. 1, należna jest od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, do końca wskazanego przez Ubezpieczającego okresu za jaki renta ma być wypłacana. Renta wypłacana jest w terminie do końca miesiąca, za który jest należna, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej może złożyć dyspozycję wypłaty świadczenia w formie jednorazowej. W przypadku gdy do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej uprawniona jest osoba małoletnia dyspozycja, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, może zostać złożona dopiero po osiągnięciu przez taką osobę pełnoletności.
4. Wypłata renty następuje zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia: przelewem na rachunek bankowy albo przekazem na adres pocztowy, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku przekazu na adres pocztowy Towarzystwo pobiera za każdy taki przekaz opłatę w wysokości wskazanej w Tabeli.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę renty z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 14 ust. 4, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności kserokopia aktu małżeństwa, kserokopia aktu urodzenia, kserokopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kserokopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.

2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.

Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. Ubezpieczający może wskazać jedną osobę jako Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
3. Wskazanie dotyczące Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej może być w każdym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej lub wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
5. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 6. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczającego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
6. Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony ten zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy;
- 3) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD FPP5_PDB_TOIL_09.2018)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata operacyjna za przygotowanie i realizację przekazu pieniężnego	10 zł + 1% wartości przekazu / każdy przekaz

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalny okres wypłaty renty	3 lata
2)	Maksymalny okres wypłaty renty	25 lat
3)	Minimalna wysokość miesięcznej renty	500 zł

Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD FPP5_ADB_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanym dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznic policy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 70 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę policy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę policy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz wysokość Składki za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 36 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

(KOD FPP5_ATDB_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do niniejszej Umowy dodatkowej. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 3) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 4) **Wypadek komunikacyjny** – Wypadek komunikacyjny w ruchu pieszym lub rowerowym i Wypadek komunikacyjny w środku lokomocji;
- 5) **Wypadek komunikacyjny w ruchu pieszym lub rowerowym** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym to Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy, albo kierujący rowerem i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
- 6) **Wypadek komunikacyjny w Środku lokomocji** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym to Ubezpieczony uczestniczył, jako kierowca lub pasażer środka lokomocji i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego w Środku lokomocji (zakres podstawowy) albo
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego w Środku lokomocji oraz śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego w ruchu pieszym lub rowerowym (zakres rozszerzony).

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 70 roku życia.
2. Ubezpieczający w dniu zawarcia Umowy dodatkowej wybiera zakres ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego wynosi 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od zakresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie;
 - 4) zmiany zakresu ubezpieczenia.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczana jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Suma ubezpieczenia oraz wysokość Składki za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej - dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, jeżeli Wypadek komunikacyjny był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) nedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;

- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarsstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 36 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD FPP5_ADISB1_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanymi dalej „**OWU**”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **Trwałe inwalidztwo** – całkowita fizyczna utrata kończyny górnej (ramię, przedramię, dłoń) lub kończyny dolnej (udo, podudzie, stopa) lub całkowita i trwała utrata władzy w obrębie tych organów bądź całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu. Pod pojęciem Trwałego inwalidztwa rozumie się wyłącznie te rodzaje Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które zostały wymienione w § 12 ust. 1.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicę polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 70 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłuższy niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.
4. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową albo z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;

- 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat;
 - 4) zawarcia Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz wysokość Składki za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuję o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany,

żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;

8) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Trwałe inwalidztwo powstało w związku z obrażeniami ciała doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku:

tabela nr 1

Lp.	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi organami	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
Kończyna górna:		
1)	a. w stawie barkowym	70%
	b. powyżej stawu łokciowego	65%
	c. poniżej stawu łokciowego	60%
	d. poniżej nadgarstka	55%
	e. kciuk	20%
	f. palec wskazujący	10%
	g. inny palec ręki	5%
Kończyna dolna:		
2)	a. w stawie biodrowym	70%
	b. powyżej stawu kolanowego	60%
	c. poniżej stawu kolanowego	50%
	d. stopa	40%
	e. stopa z wyłączeniem pięty	30%
	f. paluch	5%
	g. inny palec stopy	2%
Lp.	Całkowita utrata	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
1)	wzrok w obu oczach	100%
2)	wzrok w jednym oku	50%
3)	słuch w obu uszach	60%
4)	słuch w jednym uchu	30%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym inwalidztwem, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpiło Trwałe inwalidztwo, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego inwalidztwa doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym inwalidztwem.
3. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek spowodował fizyczną utratę więcej niż jednego organu lub utratę władzy nad więcej niż jednym organem spośród wymienionych w ust. 1, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych w związku z utratą poszczególnych organów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.
4. W przypadku wystąpienia Trwałego inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci określony procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, obliczony jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu Nieszczęśliwego wypadku a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem.
5. Suma wypłaconych w trakcie trwania Umowy dodatkowej świadczeń w związku z Trwałym inwalidztwem nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
7. Oceny stopnia Trwałego inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 13 ust. 1 i 2 lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego inwalidztwa.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem w § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ URAZU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NIEPOWODUJĄCEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

(KOD FPP5_ADISB5_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do niniejszej Umowy dodatkowej. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 2) **Skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
- 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
- 5) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 6) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
- 7) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 2) Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy ubezpieczenia albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 65 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową z datą najbliższej wymagalności składki.
4. W przypadku wypłaty sumy świadczeń z tytułu Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, w wysokości o której mowa w § 12 ust. 12, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wygasa.
5. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową albo z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu albo z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat;
 - 4) zawarcia Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) wypłaty świadczenia w przypadku, gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
 - 6) wypłaty świadczenia w przypadku, gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, w sytuacji gdy wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%;
 - 7) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 8) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz wysokość Składki za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuję o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej - dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego lub Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
- 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarsstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 9) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony procent Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określany jest w zależności od stopnia (procentu) tego uszczerbku, zgodnie z tabelą nr 1.

tabela nr 1

Stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% (stopień) Trwałego uszczerbku na zdrowiu
do 5% (włącznie)	1%
	za każdy 1 stopień do 5% (włącznie)
powyżej 5% do 20% (włącznie)	2%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 5% do 20% (włącznie)
	za każdy 1 stopień do 5% (włącznie)
powyżej 20%	3,5%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 20%

3. Procent ustalonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 100%.
4. W przypadku, gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100%.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
6. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 13 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Rodzaj wykonywanych czynności i pracy przez Ubezpieczonego nie ma wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

8. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
9. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
10. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia ale nie więcej niż 1000 zł za jeden Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
11. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
 - 4) leczenie Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i było połączone z dalszym leczeniem oraz wymagało co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a w przypadku urazu narządu ruchu na zlecenie lekarza narząd ten został trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnierż ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni lub leczenie Urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni.
12. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego może wynieść maksymalnie kwotę odpowiadającą 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ale nie więcej niż 100 000 zł (sto tysięcy złotych), w ramach jednego okresu ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub wystąpienie Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK REHABILITACJI W WYNIKU POBYTU W SZPITALU

(KOD FPP5_ AREH_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Rehabilitacji w wyniku Pobytu w szpitalu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanymi dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Rehabilitację Ubezpieczonego w wyniku Pobytu w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w szpitalu, 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 Ubezpieczonego albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego. Operacjami w rozumieniu niniejszych OWUD nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;
- 2) **Placówka rehabilitacyjna** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej 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 zatrudniających 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;
- 3) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, Operacją, Zawałem serca lub Udarom mózgu, trwający nieprzerwanie co najmniej dwa kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. W rozumieniu niniejszej definicji szpitalem nie jest:
 - a. hospicjum, placówka leczenia odwykowego, placówka dla przewlekle chorych;
 - b. zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;
 - c. zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy.
- 4) **Rehabilitacja** – będąca konsekwencją Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu integralna część leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw Nieszczęśliwego wypadku, Operacji, Zawału serca lub Udaru mózgu oraz przywrócenie do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu 3 miesięcy od daty zakończenia Pobytu w szpitalu, którego jest następstwem;
- 5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego;
- 7) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
 Definicja nie obejmuje:
 - a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 8) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów Rehabilitacji, będącej następstwem Pobytu w szpitalu, poniesionych w związku z:

- 1) zabiegami rehabilitacyjnymi, które zostały zalecone przez lekarza jako kontynuacja leczenia przeprowadzonego podczas Pobytu w szpitalu;
- 2) konsultacjami lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
- 3) konsultacjami lekarza rehabilitacji z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 65 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 500 zł (dwa tysiące pięćset złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od częstotliwości opłacania składek i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

§ 10

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową nie podlegają indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie refundacji kosztów:
 - 1) pobytu Ubezpieczonego w Placówce rehabilitacyjnej tj. kosztów noclegów i wyżywienia, w przypadku, gdy leczenie realizowane było w warunkach stacjonarnych;
 - 2) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;

- 3) zabiegów rehabilitacyjnych, które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej lub były następstwem zabiegów operacyjnych, o których zdecydowano przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
2. Niezależnie od ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia Rehabilitacji była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarsstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach, oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, Operacja, Zawał serca lub Udar mózgu miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Pobyt w szpitalu oraz Rehabilitacja miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na Rehabilitację przeprowadzoną w Placówce rehabilitacyjnej.
3. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów Rehabilitacji określonych na podstawie rachunków lub faktur wystawionych na Ubezpieczonego do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Łączne świadczenie wypłacane z tytułu Umowy dodatkowej nie może przekroczyć 2 500 zł:
 - 1) w Roku polisy;
 - 2) za Rehabilitację spowodowaną tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, Operacją, Zawałem serca lub Udarem mózgu.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego poprzedzającego Rehabilitację, dokumentu potwierdzającego udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg był skutkiem doznanego urazu, itp.);
 - 3) kserokopię wydanego przez lekarza skierowania na Rehabilitację;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, poprzedzającego Rehabilitację, którego następstwem była Rehabilitacja oraz fakturę za Rehabilitację.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

(KOD FPP5_DD_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3;
- 2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

§ 3

Poważne zachorowania, o których mowa w niniejszych OWUD otrzymują następujące definicje:

- 1) **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
 - a. przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
 - c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - d. przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
- 2) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
- 3) **Choroba Alzheimera** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera. Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii, musi być także spełnione co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - a. w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego stwierdza się cechy uogólnionego zaniku kory mózgowej;
 - b. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
- 4) **Choroba Creutzfeldta – Jakoba** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”):
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 5) **Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio, przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego;
- 6) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo – rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);

d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;

- 7) **Choroba Parkinsona** – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 8) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 9) **Dystrofia mięśniowa** – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 10) **Endarterektomia tętnicy szyjnej (CEA)** – zabieg chirurgiczny, przeprowadzony w celu usunięcia zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez usunięcie blaszek miażdżycowych z wnętrza tętnicy. Definicja nie obejmuje zabiegów angioplastyki, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 11) **Kardiomiopatia** – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), utrzymującej się przez co najmniej 6 miesięcy, mimo prowadzenia optymalnej terapii. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym;
- 12) **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 13) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. jego istnienie zagraża życiu;
 - b. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny;
 - c. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych.
 Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są guzy przysadki mózgowej oraz naczyniaki;
- 14) **Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu** – zaostrzenie przewlekłego zapalenia jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, rozdzięciem, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym, potwierdzającym istnienie choroby Leśniowskiego - Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
- 15) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 16) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne/ nieinwazyjne;
 - b. nowotworów skóry z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM (grubość > 1.0 mm, owrzodzenie) – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - c. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 17) **Operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Definicja nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;
- 18) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 19) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny

- górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
- 20) **Pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);
- 21) **Piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- a. szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
 - b. martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
 - c. szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;
 - d. narastanie żółtaczki.
- Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych przez alkohol, leki lub inne substancje chemiczne;
- 22) **Postępująca twardzina układowa (scleroderma)** – ogólnoukładowa choroba tkanki łącznej i naczyń, powodująca włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi dotyczyć serca, płuc lub nerek i muszą być spełnione co najmniej dwa z poniższych warunków:
- a. badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLCO) < 70% wartości prawidłowych;
 - b. wskaźnik filtracji kłębkowej (eGFR) < 60 ml/min;
 - c. występowanie objawów niewydolności serca lub zaburzeń rytmu serca, wymagających leczenia lub występowanie zapalenia osierdzia.
- Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermi, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;
- 23) **Poważny uraz głowy** – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;
- 24) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;
- 25) **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
- a. trwała żółtaczka;
 - b. wodobrzusze;
 - c. encefalopatia wątrobowa;
 - d. żylaki przełyku;
 - e. zaburzenia krzepnięcia.
- Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child – Pugh. Definicja nie obejmuje:
- a. przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child – Pugh;
 - b. chorób wątroby spowodowanych alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych;
- 26) **Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki** – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w mięszu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;
- 27) **Reumatoidalne zapalenie stawów** – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- a. rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
 - b. stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
 - c. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 28) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 29) **Śpiączka** – stan utraty przytomności 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, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 30) **Toczeń rumieniowaty układowy** – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznanym etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach.

W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS):

- a. klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
- b. klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
- c. klasa III – zmiany ogniskowe;
- d. klasa IV – zmiany rozsiane;
- e. klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
- f. klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.

Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;

- 31) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
- b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
- c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
- d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

Definicja nie obejmuje:

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

- 32) **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);

- 33) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;

- 34) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;

- 35) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;

- 36) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;

- 37) **Zaawansowana choroba płuc** – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:

- a. wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
- b. wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
- c. ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mmHg;
- d. występuje stała duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumonologii;

- 38) **Zakażenie wirusem HIV**

- a. Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:

- a) do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
- b) Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
- c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
- d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium;

- b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:

- a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
- b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa w terminie siedmiu dni wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
- c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
- d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;

- 39) **Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;

- 40) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;

- b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
- c. nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
- d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej zgodnych z definicjami określonymi w § 3 - Poważnych zachorowań.
2. W ramach Umowy dodatkowej Towarzystwo udostępnia dwa zakresy ubezpieczenia:
 - 1) zakres podstawowy,
 - 2) zakres rozszerzony,
 obejmujące Poważne zachorowania wymienione w tabeli nr 1.

tabela nr 1

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
1)	Anemia aplastyczna	✓	✓
2)	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych		✓
3)	Choroba Alzheimera		✓
4)	Choroba Creutzfeldta – Jakoba		✓
5)	Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)		✓
6)	Choroba neuronu ruchowego		✓
7)	Choroba Parkinsona		✓
8)	Ciężkie oparzenia	✓	✓
9)	Dystrofia mięśniowa		✓
10)	Endarterektomia tętnicy szyjnej		✓
11)	Kardiomiopatia		✓
12)	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	✓	✓
13)	Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	✓	✓
14)	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu		✓
15)	Niewydolność nerek	✓	✓
16)	Nowotwór złośliwy inwazyjny	✓	✓
17)	Operacja aorty	✓	✓
18)	Operacja zastawek serca	✓	✓
19)	Paraliż	✓	✓
20)	Pierwotne nadciśnienie płucne		✓
21)	Piorunujące zapalenie wątroby		✓
22)	Postępująca twardzina układowa (scleroderma)		✓
23)	Poważny uraz głowy		✓
24)	Przeszczepienie narządu	✓	✓
25)	Przewlekła niewydolność wątroby		✓
26)	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki		✓
27)	Reumatoidalne zapalenie stawów		✓
28)	Stwardnienie rozsiane	✓	✓
29)	Śpiączka	✓	✓
30)	Toczeń rumieniowaty układowy		✓
31)	Udar mózgu	✓	✓
32)	Usunięcie płuca (pneumonektomia)		✓
33)	Utrata kończyn	✓	✓
34)	Utrata mowy		✓
35)	Utrata słuchu		✓
36)	Utrata wzroku	✓	✓

Lp	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
37)	Zaawansowana choroba płuc		✓
38)	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓
39)	Zapalenie mózgu		✓
40)	Zawał serca	✓	✓

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicz polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
- Ubezpieczający w dniu zawarcia Umowy dodatkowej wybiera zakres ubezpieczenia.
- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8;
 - zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
- W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.
- W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
- Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4 ma zastosowanie również:
 - w pierwszym okresie ubezpieczenia, w którym dokonano zmiany zakresu ubezpieczenia na rozszerzony, wyłącznie w stosunku do tych rodzajów Poważnych zachorowań, których nie obejmował zakres podstawowy;
 - w każdym przypadku, gdy Umowa dodatkowa została wznowiona po okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 4 nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 pkt 1.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
- Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek Poważnego zachorowania wynosi 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych).
- Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 10

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od zakresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wzrostu Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 7.

§ 11

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie;
 - 4) zmiany zakresu ubezpieczenia.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada aktualnemu w danym Roku polisy Wiekowi Ubezpieczonego i zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, odpowiadającą opłacanej przez Ubezpieczającego wysokości Składki za Umowę dodatkową.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 10 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, jeżeli spowodowane było ono konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 34 OWU;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego (za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem ubezpieczenia zgodnie z § 3 ust. 38);
- a także, jeżeli Poważne zachorowanie:
- 10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) było następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

1. Z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% lub 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, w przypadku Poważnych zachorowań, o których mowa w ust. 2;
 - 2) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań,
 z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłacany Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych zachorowań: Kardiomiopatia, Nowotwór złośliwy, Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
- 1) Kardiomiopatia:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenia w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w III klasie wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 40%;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w klasie IV wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 30%;
 - 2) Nowotwór złośliwy inwazyjny:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania następujących nowotworów (nowotwory we wczesnym stopniu zaawansowania):
 - a) rak sutka w stopniu zaawansowania T1 bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1(a) oraz T1(b) bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - c) brodawkowaty rak tarczycy w stopniu zaawansowania T1 bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - d) przewlekła białaczka limfocytowa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji RAJ;
 - e) ziarnica złośliwa z w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji Ann Arbor;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 1 ppkt a;
 - 3) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała nie przekraczającej 10% wartości wyjściowej;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej i/ lub rozpoznania cukrzycy.

Utrata masy ciała oceniana jest po 4 miesiącach od rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki w stosunku do masy sprzed rozpoznania choroby;
 - 4) Zawał serca:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi powyżej 50%;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 2, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Poważnego zachorowania skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o ile w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, o której mowa w ust. 4, nie zostało wypłacone świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W ramach każdej z grup, do których zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, wskazanych w tabeli nr 2, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

tabela nr 2

Zakres podstawowy				
Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Paraliż	Ciężkie oparzenia
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Przeszczepienie narządu	Operacja aorty	Stwardnienie rozsiane	Śpiączka
Nowotwór złośliwy inwazyjny ¹⁾		Operacja zastawek serca	Utrata wzroku	Utrata kończyn
		Udar mózgu		Zakażenie wirusem HIV
		Zawał serca ¹⁾		
Zakres rozszerzony				
Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Endarterektomia tętnicy szyjnej	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Choroba Heinego - Medina
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Piorunujące zapalenie wątroby	Kardiomiopatia ¹⁾	Choroba Alzheimer	Ciężkie oparzenia
Nowotwór złośliwy ¹⁾	Przeszczepienie narządu	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Choroba Creutzfeldta – Jakoba	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu

Zakres rozszerzony – ciąg dalszy				
Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
	Przewlekła niewydolność wątroby	Operacja aorty	Choroba neuronu ruchowego	Postępująca twardzina układowa
	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki ¹⁾	Operacja zastawek serca	Choroba Parkinsona	Poważny uraz głowy
	Zaawansowana choroba płuc	Pierwotne nadciśnienie płucne	Dystrofia mięśniowa	Reumatoidalne zapalenie stawów
		Udar mózgu	Paraliż	Śpiączka
		Zawał serca ¹⁾	Stwardnienie rozsiane	Toczeń rumieniowaty układowy
			Utrata mowy	Usunięcie płuca
			Utrata słuchu	Utrata kończyn
			Utrata wzroku	Zakażenie wirusem HIV
			Zapalenie mózgu	

¹⁾ Poważne zachorowania, w razie wystąpienia których świadczenie wypłacane jest w zależności od stopnia jego zaawansowania.

- Wyplata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich Poważnych zachorowań znajdujących się w ramach tej grupy.
- Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wyplata świadczenia

§ 14

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
- W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 15

- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI

(KOD FPP5_MMO_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnej operacji (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważną operację Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w Szpitalu, 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 Ubezpieczonego albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego. Operacjami w rozumieniu niniejszych OWUD nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;
- 2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
- 4) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest:
 - a. hospicjum, placówka leczenia odwykowego, placówka dla przewlekle chorych;
 - b. zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;
 - c. zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie Poważne operacje wymienione w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, wykonane w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa do automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do zawarcia jej w przyszłości.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.
4. W okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu przeprowadzenia Poważnej operacji będącej skutkiem leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku. Powyższe ograniczenie nie obowiązuje w kolejnych okresach ubezpieczenia w przypadku przedłużania Umowy dodatkowej.
5. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4, ma zastosowanie także w każdym przypadku, gdy Umowa dodatkowa została wznowiona po okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek Poważnej operacji wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wiek Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 6.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada aktualnemu w danym Roku polisy Wiekowi Ubezpieczonego i zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, odpowiadającą opłacanej przez Ubezpieczającego wysokości Składki za Umowę dodatkową.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuję o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji, jeżeli konieczność jej przeprowadzenia była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji, jeżeli miała ona na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i pójściem Ubezpieczonego (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), leczenie bezpłodności u Ubezpieczonego, zmianę płci Ubezpieczonego;
 - 3) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 4) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
 - 5) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 a także, jeżeli Poważna operacja:
 - 6) została zlecona Ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) była następstwem schorzeń lub stanów rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Poważnej operacji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Poważnej operacji, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Poważnej operacji.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO

(KOD FPP5_MMOE_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zabiegu specjalistycznego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Zabieg specjalistyczny Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
- 3) **Zabieg specjalistyczny** – metoda leczenia, niezbędna z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu Ubezpieczonego, albo mająca na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego, wykonywana przez lekarza w placówce podmiotu leczniczego, działającej zgodnie z przepisami prawa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie Zabiegi specjalistyczne wymienione w Katalogu Zabiegów specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, wykonane w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli w dniu jej zawarcia zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy rozszerzony będzie o Umowę dodatkową na wypadek Poważnej operacji.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa do automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do zawarcia jej w przyszłości.
5. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.
4. W okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego będącego skutkiem leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku.
5. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4, ma zastosowanie także w każdym przypadku, gdy Umowa dodatkowa została wznowiona po okresie zawieszania opłacania Składek regularnych.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 4) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia rozszerzony został o niniejszą Umowę dodatkową;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust.1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od Wiek Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka oraz wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 6.

§ 10

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową nie podlegają indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zabiegu Specjalistycznego, jeżeli konieczność jego przeprowadzenia była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarsstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 a także, jeżeli Zabieg specjalistyczny:
 - 9) miał na celu operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 10) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) był następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Zabiegu specjalistycznego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Zabiegu specjalistycznego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Zabiegu specjalistycznego.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU

(KOD FPP5_DCHB_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w szpitalu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu w szpitalu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa do automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do zawarcia jej w przyszłości.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

4. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Powyższe ograniczenie nie obowiązuje w kolejnych okresach ubezpieczenia w przypadku przedłużania Umowy dodatkowej.
5. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4, ma zastosowanie także w każdym przypadku, gdy Umowa dodatkowa została wznowiona po okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek Pobytu w szpitalu wynosi 30 000 zł (trzydzieści tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wzrostu Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 6.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada aktualnemu w danym Roku polisy Wiekowi Ubezpieczonego i zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, odpowiadającą opłacanej przez Ubezpieczającego wysokości Składki za Umowę dodatkową.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuję o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);

- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 4) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Ubezpieczonego (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), zmianę płci Ubezpieczonego;
 - 5) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
- a także, jeżeli Pobyt w szpitalu:
 - 8) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 9) był następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 35 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Pobytu w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu, określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia:

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą		
1-4 dzień Pobytu w szpitalu	5-14 dzień Pobytu w szpitalu	od 15 dnia Pobytu w szpitalu
0,3%	0,6%	0,5%
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem		
1-4 dzień Pobytu w szpitalu	5-14 dzień Pobytu w szpitalu	od 15 dnia Pobytu w szpitalu
0,5%	1,0%	0,5%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 100 dni Pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawki za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;

- 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW WIZYT U LEKARZA SPECJALISTY

(KOD FPP5_KMED_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego refundacji kosztów wizyty u Lekarza specjalisty (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o refundację kosztów wizyty Ubezpieczonego u Lekarza specjalisty.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Lekarz specjalista** – osoba wykonująca zawód lekarza, posiadająca wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w jednej z następujących specjalizacji: chirurg ogólny, endokrynolog, hematolog, kardiolog, neurolog, onkolog;
- 2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u Lekarza specjalisty.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z jego wizytą u Lekarza specjalisty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznicz polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 65 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa do automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do zawarcia jej w przyszłości.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.
4. W okresie pierwszych 180 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej. Powyższe ograniczenie nie obowiązuje w kolejnych okresach ubezpieczenia w przypadku przedłużania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4, ma zastosowanie także w pierwszym okresie ubezpieczenia, w którym dokonano podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na różnicę pomiędzy wnioskowaną a obowiązującą w poprzednim Roku polisy Sumą ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat;

- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
- 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej spośród wariantów określonych we Wniosku oraz § 12.

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wiek Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 6.

§ 10

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową nie podlegają indeksacji.

§ 11

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do zmiany wariantu Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
3. Ubezpieczający wnioskując o zmianę, o której mowa w ust. 1 poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u Lekarza specjalisty poniesionych przez Ubezpieczonego w wysokości wskazanej w dokumencie, o którym mowa w § 13 ust. 1 pkt 2, nie więcej jednak niż do wysokości stawki za wizytę u Lekarza specjalisty określonej w tabeli nr 1, zależnej od Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej na dzień, w którym odbyła się wizyta, z zastrzeżeniem ust. 2:

tabela nr 1

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej	Stawka za wizytę u Lekarza specjalisty
300 zł	100 zł
450 zł	150 zł
600 zł	200 zł

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za maksymalnie trzy wizyty Ubezpieczonego u Lekarza specjalisty w danym Roku polisy.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię faktury lub rachunkuów wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za usługę, o której mowa w § 4.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ZAROBKOWEJ (KOD FPP5_WOP_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o przejęcie opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Niezdolność do pracy zarobkowej** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność Ubezpieczonego (będącego jednocześnie Ubezpieczającym) do wykonywania pracy zgodnej z jego kwalifikacjami, wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, ukończonymi kursami lub posiadanymi umiejętnościami, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy, umowy cywilno-prawnej, wykonywania wolnego zawodu lub w ramach prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej Niezdolności do pracy zarobkowej powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania w każdą Rocznicę polisy ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;

- 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
- 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
- 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
2. Indeksacja Sumy ubezpieczenia i Składki regularnej z tytułu Umowy powoduje odpowiednie podwyższenie Składki za Umowę dodatkową.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy zarobkowej jest konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 8) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zakażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności do pracy zarobkowej, jeżeli Niezdolność do pracy zarobkowej:
 - 1) powstała w związku z chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej, lub której przyczyną zaistniała przed tą datą, bądź zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 2) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 10

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy zarobkowej Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek z tytułu Umowy i zawartych Umów dodatkowych, z wyłączeniem składek opłacanych z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Umowy dodatkowej na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, Umowy o prowadzenie IKE i Umowy o prowadzenie IKZE, o ile zostały zawarte.
2. Przejęcie przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek następuje od kolejnej wymaganej składki, po upływie 90 dni nieprzerwanego trwania Niezdolności do pracy zarobkowej, do dnia odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej lub podjęcia przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy zarobkowej. Towarzystwo zaprzestaje opłacania składek z dniem rozwiązania Umowy lub odpowiednio Umowy dodatkowej.

Przejęcie opłacania składek

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o przejęcie obowiązku opłacania składek przez Towarzystwo zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy zarobkowej.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.

3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2 lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. W okresie przejęcia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek Ubezpieczony na każde żądanie Towarzystwa i w wyznaczonym terminie ma obowiązek:
 - 1) przedstawić zaświadczenie o trwaniu Niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 2) poddać się badaniom lekarskim w celu stwierdzenia ciągłości Niezdolności do pracy zarobkowej.Niedopełnienie przez Ubezpieczonego powyższych warunków powoduje wznowienie obowiązku Ubezpieczającego do opłacania składek z tytułu Umowy i posiadanych Umów dodatkowych z upływem wyznaczonego przez Towarzystwo terminu.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o ustaniu Niezdolności do pracy zarobkowej w terminie 14 dni od daty jej ustania.
6. W przypadku niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składek należnych od daty ustania Niezdolności do pracy zarobkowej, których obowiązek opłacania przejęło Towarzystwo.
7. Do dnia ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia wszystkich wymaganych składek z tytułu Umowy i posiadanych Umów dodatkowych. W przypadku ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy dodatkowej Towarzystwo dokona zwrotu składek opłaconych przez Ubezpieczającego za okres po 90 dniu nieprzerwanego trwania Niezdolności do pracy zarobkowej.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

(KOD FPP5_TPDS_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy (zwanym dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanym dalej „OWU”), zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód;
- 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa do automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do zawarcia jej w przyszłości.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:

- 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 6) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego umów dodatkowych na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy wynosi 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych).
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wzrostu Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek oraz z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo.

§ 10

1. W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - 1) indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zaproponowanej mu przez Towarzystwo;
 - 2) rezygnacji z indeksacji, o której mowa w pkt 1;
 - 3) zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez jej podwyższenie lub obniżenie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu indeksację Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Indeksacja jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy.
3. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo taryfy składek i odpowiada aktualnemu w danym Roku polisy Wiekowi Ubezpieczonego i zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, odpowiadającą opłacanej przez Ubezpieczającego wysokości Składki za Umowę dodatkową.
5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia oraz w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – dokumentacji określonej w § 16 ust. 5 OWU.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli jest ona konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie

przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kitesurfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
a także, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy:

- 8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
- 9) powstała w związku z chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej lub której przyczyny zaistniały przed tą datą bądź zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
- 10) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego lub zakażeniem się wirusem HIV przez Ubezpieczonego;
- 11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 34 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat oraz pod warunkiem, że Całkowita niezdolność do pracy istnieje w chwili zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Całkowitej niezdolności do pracy.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DRUGA OPINIA MEDYCZNA

(KOD FPP5_BD_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Drugiej opinii medycznej (zwanymi dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanymi dalej „**OWU**”), zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 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 Drugiej opinii medycznej;
- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku pod numerem telefonu +48 800 365 867, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej;
- 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, 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 Drugą opinią medyczną.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w § 11 ust. 2 OWUD, zgodnie z definicjami określonymi w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.

§ 5

Zakres ubezpieczenia 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;
 - f. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenia 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;
 - g. zorganizowania procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
 - b) zorganizowania oraz koordynacji transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowania zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.
- 2) Prawo do usług określonych w ppkt f i g przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.
4. Zawarcie Umowy dodatkowej jest możliwe tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający zawarł Umowę dodatkową na wypadek Poważnego zachorowania.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania;
 - 3) przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową Drugiej opinii medycznej ustalana jest przez Towarzystwo w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową było konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany,

- żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
 - 1) poddania się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Ubezpieczonego z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 - 4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej

§ 11

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 1, 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.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Ubezpieczonego rozpoznano Chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
 - 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;
 - 11) Utratę mowy;
 - 12) Utratę słuchu;
 - 13) Utratę wzroku;
 - 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Przez Chorobę lub uszkodzenie ciała wskazane w ust. 2 rozumie się ich definicje określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.
4. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
5. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
6. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
7. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 6.
8. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 7, 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.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE

(KOD FPP5_AST_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanymi dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – 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 (zwane dalej „Centrum”). Numer telefonu Centrum wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
- 3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 5) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z Centrum (zwany dalej „Lekarz Centrum”);
- 6) **Miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy Miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 8) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- 9) **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;
- 10) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum, 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;
- 11) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej - na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakiegokolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 12) **Ubezpieczony** – oznacza Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia na życie ProFamilia i Współubezpieczonego;
- 13) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to zakresu usługi opisanego w niniejszej Umowie dodatkowej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem 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 § 5;
- 14) **Współubezpieczony** – Dzieci Ubezpieczonego;
- 15) **Zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance:
 - 1) Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. wizyta pielęgniarki – Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony 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;

- b. dostawa leków – Centrum organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
 - c. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
 - d. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - e. transport medyczny – Centrum organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego:
 - a) z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza Centrum Szpitala;
 - b) ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - c) ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
 - f. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany dłużej niż 5 dni, Centrum 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. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania;
 - g. organizacja procesu rehabilitacyjnego – Centrum organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego na odpowiednie zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej Miejsca zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h. opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielną, Centrum organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
 - a) opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - b) transport Dziecka lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
- 2) Usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej, za maksymalnie 4 wizyty w Roku polisy;
 - b. Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad zwierzętami jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. Centrum zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegająca na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobą wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
- 3) Usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu - Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
- 4) Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum organizuje i pokrywa koszty łóżka szpitalnego dla prawnego opiekuna Dziecka;
- 5) Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego - Centrum organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, oraz honorarium psychologa;
- 6) Usługi realizowane na wniosek Ubezpieczonego:
- a. osobisty asystent – na wniosek Ubezpieczonego Centrum organizuje wybrane świadczenie:
 - a) telefoniczna konsultacja z lekarzem – Centrum zapewni Ubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem Centrum, 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;
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Ubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt e ppkt b, Centrum organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. Centrum zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a ppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt b mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum. Ponadto Centrum udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:

 - a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - c) 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 Lekarza Centrum;

- d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) baza danych placówek opieki społecznej;
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - k) 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;
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - m) 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 albo depresją;
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;
 - p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - s) profilaktyka zachorowań na grypę;
- 7) Usługi realizowane w przypadku Nieszcześliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. wizyta Lekarza – Centrum organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza Centrum;
 - c. transport medyczny – Centrum organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza Centrum;
 - d. transport medyczny powrotny – Centrum organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony 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 jest Hospitalizowany, Centrum zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń w ust. 1 pkt 7 ppkt b-e pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 70 roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:

- 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) przekształcenia Umowy w bezskładkową;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia na życie ProFamilia 70 roku życia;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek, w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, które wywołały konieczność skorzystania z Usług medycznego assistance były konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 5) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez Lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa, próby samobójczej, świadomego samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Ubezpieczonego lub zabiegowi o charakterze medycznym; przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 8) operacji zmiany płci Ubezpieczonego, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności u Ubezpieczonego;
- 9) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
- 10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 11) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum;
- 12) chorób przewlekłych Ubezpieczonego rozumianych jako 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;
- 13) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: baloniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów motorowych i motorowodnych uprawianych pojazdami niezależnie od pojemności silnika, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na elastycznej linie (bungee jumping), raftingu i wszystkich jego odmian, żeglarstwa morskiego, kite-surfingu, off-road skiingu/heliskiingu, kaskaderstwa, jazdy na quadach oraz udziału w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

1. Świadczenia w zakresie poszczególnych Usług medycznego assistance udzielane są do wysokości limitu wskazanego w tabeli nr 1, z zastrzeżeniem ust. 2.

tabela nr 1

	Usługa medycznego assistance	Limit świadczenia na zdarzenie
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza Centrum, Szpitala	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala	
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	Organizacja procesu bez kosztu rehabilitacji oraz transportu
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Pomoc domowa po Hospitalizacji	500,00 zł
	Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	500,00 zł
	Transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	
Usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	Opieka nad Zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
	Transport Zwierząt domowych	300,00 zł
Usługa realizowana w przypadku urodzenia Dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów łóżka szpitalnego	40 zł na dobę przez okres maksymalnie 7 dni w tygodniu
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza	150 EUR raz w trakcie Roku polisy
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty
	Transport medyczny	Organizacja transportu
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu
	Przekazywanie informacji	Usługa
Inne usługi	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
	Osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala	Do limitu dla usługi Transportu medycznego ze Szpitala do Szpitala
	Infolinia medyczna	Usługa

2. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5 w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w § 5 taki limit został wskazany.

Realizacja świadczenia

§ 12

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance wskazanych w § 5, Ubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum pod numer telefonu podany w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu z Centrum Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 6) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum, Centrum może odmówić organizacji świadczeń.

Refundacje

§ 13

1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum, chyba że Ubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od Centrum.
2. Ubezpieczony powinien złożyć do Centrum pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kserokopiami rachunków niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum.
3. Centrum przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez Centrum refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum, 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 ust. 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 Centrum wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Reklamacje

§ 14

Zasady rozpatrywania reklamacji określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Postanowienia końcowe

§ 15

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ZDROWIE DZIECKA

(KOD FPP5_CDD_CDCHB_CCC_CISE_CMMO_CADISB3_CADISB3P_CBD_09.2018)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego zdrowie Dziecka (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie ProFamilia (zwanych dalej „OWU”), zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pakiet dla Dziecka.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do Umowy dodatkowej. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 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 Drugiej opinii medycznej;
- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku pod numerem telefonu +48 800 365 867, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej;
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 4) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo – rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych, dających podobne objawy;
- 5) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 6) **Dziecko** – osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy nie ukończyła 16 roku życia, uprawniona do otrzymania świadczenia przewidzianego Umową dodatkową;
- 7) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Dziecka sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 8) **Lekarz konsultant** – lekarz, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta będzie dokonywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki choroby Dziecka;
- 9) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;
- 10) **Medyczna opieka stacjonarna** – stały lub okresowy pobyt Dziecka w wyspecjalizowanym zakładzie opieki podlegającym specjalnym regulacjom prawnym (hospicjum, zakład opiekuńczo – leczniczy, zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy) lub realizowanie podobnego zakresu opieki w warunkach domowych;
- 11) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem naruszenie sprawności organizmu spełniające łącznie poniższe warunki:
 - a. trwa dłużej niż 6 miesięcy;
 - b. ma nieodwracalny i trwały charakter;
 - c. powoduje całkowitą zależność Dziecka od otoczenia w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych oraz w pełnieniu ról społecznych właściwych dla danego wieku i płci;
 - d. powoduje konieczność Medycznej opieki stacjonarnej;
 Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji medycznej i/lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika;
- 12) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anesteziologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 13) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa;
- 14) **Pobyt Dziecka w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Dziecka w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres Pobytu Dziecka w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt Dziecka w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych;

- b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
- c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 15) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu 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. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;
- 16) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny:
- Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo – rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
 - Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - jego istnienie zagraża życiu;
 - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny;
 - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualnych.
 Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są guzy przysadki mózgowej oraz naczyniaki;
 - Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Dziecka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami histopatologicznymi, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - nowotwory o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisane jako nowotwory przedinwazyjne lub nieinwazyjne;
 - nowotwory skóry (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC);
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - Operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia, przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty bez ich odgałęzień. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;
 - Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
 - Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Dziecku, jako biorcy, jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;
 - Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniami tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
 - Śpiączka** – stan utraty przytomności 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, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
 - Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 17) **Składka za Umowę dodatkową** – łączna kwota przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
- 18) **Skreślenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skreślenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
- 19) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 20) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 2 do OWUD;
- 21) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
 Definicja nie obejmuje:

- a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 22) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 23) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 24) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 25) **Zakażenie wirusem HIV** – zdiagnozowanie u Dziecka zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
- a. do zakażenia doszło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, podczas przetwarzania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - b. Dziecko nie było leczone z powodu hemofilii;
 - c. do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - d. obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Dziecka i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;
- 26) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
- 27) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu, zakres ubezpieczenia obejmuje:

	Zdarzenie ubezpieczeniowe
Pakiet 1	Poważne zachorowanie Dziecka
	Pobyt Dziecka w szpitalu
	Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji
Pakiet 2	Poważne zachorowanie Dziecka
	Pobyt Dziecka w szpitalu
	Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji
	Poważna operacja Dziecka
	Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu
	Druga opinia medyczna dla Dziecka

§ 5

W ramach zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w § 4, zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) wystąpienie u Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 2 pkt 16, Poważnych zachorowań;
- 2) Pobyt Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) refundację kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Dziecko uległo w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, obejmującą koszty leczenia poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w przypadku wariantów Mini i Standard) albo całego świata (w przypadku wariantu VIP) powstałe z tytułu:
 - a. udzielenia pomocy ambulatoryjnej;
 - b. pobytu w szpitalu, badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych w przypadku wyboru wariantu Mini) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - c. nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
 - d. przewozu Dziecka do szpitala lub ambulatorium;
- 4) Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji powstałą w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

- 5) Poważne operacje Dziecka wykonane w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 7) Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu powstały w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a. udzielenia Dziecku 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 Dziecku lub na wniosek Dziecka lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego Dziecko się znajduje;
 - f. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Dziecka, czyli:
 - a) wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenia Dziecku 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.
 - g. zorganizowania procesu leczenia Dziecka za granicą, czyli:
 - a) zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
 - b) zorganizowania oraz koordynacji transportu Dziecka do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowania zakwaterowania Dziecka;
 - d) przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.

Prawo do usług określonych w pkt f i g przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Dziecka.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w formie pakietów, tj. pakietu 1 albo pakietu 2, zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli w dniu zawarcia Umowy dodatkowej Dziecko nie ukończyło 16 roku życia.
2. Pakiety, o których mowa w ust. 1, dostępne są w wariantach różniących się wysokością Sum ubezpieczenia. Rodzaje wariantów zostały określone we wniosku o zawarcie oraz § 9 OWUD.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa do automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do zawarcia jej w przyszłości.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej albo zawarcia jej na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Dziecka rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumentie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Dziecka wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8;
 - 2) zawieszenia opłacania Składek regularnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej po opłaceniu Składki regularnej z tytułu Umowy i Składki za Umowę dodatkową, z datą najbliższej wymagalności składki.
4. W okresie pierwszych 60 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu wyłącznie, jeśli pobyt ten spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnej operacji Dziecka Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji Dziecka wyłącznie, jeżeli operacja spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka wyłącznie, jeżeli Poważne zachorowanie spowodowane było Nieszczęśliwym wypadkiem.
7. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji wyłącznie, jeżeli niezdolność ta była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
8. Ograniczenia, o których mowa ust. 4-7, nie obowiązują w kolejnych okresach ubezpieczenia w przypadku przedłużania Umowy dodatkowej.
9. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu:
 - 1) Poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji,

wygasza z dniem wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej odpowiednio: Poważnego zachorowania Dziecka, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu albo Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - przekształcenia Umowy w bezskładową;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Dziecka wyniesie 26 lat;
 - zakończenia okresu ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem § 14 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 6 i 7 OWU.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej uzależniona jest od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu i wynosi odpowiednio:

	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant Mini	Wariant Standard	Wariant VIP
Pakiet 1	Poważne zachorowanie Dziecka	20 000 zł	50 000 zł	100 000 zł
	Pobyć Dziecka w szpitalu	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 000 zł	6 000 zł	10 000 zł
	Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji	15 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
Pakiet 2	Poważne zachorowanie Dziecka	20 000 zł	50 000 zł	100 000 zł
	Pobyć Dziecka w szpitalu	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 000 zł	6 000 zł	10 000 zł
	Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji	15 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
	Poważna operacja Dziecka	4 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
	Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Druga opinia medyczna dla Dziecka	sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka		

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 10

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu i wariantu, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
- W przypadku wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu:
 - Poważnego zachorowania Dziecka;
 - Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji,
 Składka za Umowę dodatkową pomniejszana jest o tę część składki za Umowę dodatkową, z tytułu której wypłacono świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
- Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 7 ust. 4-7.

§ 11

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową nie podlegają indeksacji.

§ 12

- W Rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do:
 - zmiany pakietu;

- 2) zmiany wariantu Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach pakietu.
2. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczoną zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Towarzystwo potwierdza dokonanie zmiany w Dokumencie ubezpieczenia.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w § 4, były konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Dziecka lub zaburzeń psychicznych Dziecka oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Dziecko alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Dziecko pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Dziecko, próby samobójczej Dziecka, świadomego samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Dziecko na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Dziecko pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Dziecko niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Dziecka w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarsstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka było spowodowane przyczynami wymienionymi w ust. 1, a ponadto, jeśli:
 - 1) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Dziecka przed dniem zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 2) było związane z wadami wrodzonymi Dziecka i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) było następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 4) było związane z chorobą AIDS Dziecka lub zarażeniem się wirusem HIV przez Dziecko.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli miał on na celu wykonywanie rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu oraz Poważnej operacji Dziecka, jeżeli konieczność Pobytu Dziecka w szpitalu albo Poważnej operacji Dziecka była spowodowana przyczynami wymienionymi w ust. 1, a ponadto jeżeli celem lub powodem Pobytu Dziecka w szpitalu albo Poważnej operacji Dziecka były:
 - 1) wady wrodzone Dziecka i schorzenia będące ich skutkiem;
 - 2) choroba AIDS Dziecka lub zarażenie się wirusem HIV przez Dziecko;
 - 3) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Dziecka, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i pójściem Dziecka (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Dziecka), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Dziecka), zmianę płci Dziecka;
 - 6) poddanie się leczeniu dentyścycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Dziecka;
 - 8) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
 a także, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu albo Poważna operacja Dziecka:
 - 9) zostały zlecone lub o których postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) były następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, będące przyczyną wystąpienia Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji, były konsekwencją przyczyn wymienionych w ust. 1, a także jeżeli powodem pogorszenia sprawności fizycznej lub psychicznej Dziecka była wada wrodzona lub choroba wrodzona.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli był on konsekwencją przyczyn wymienionych w ust. 1, a także jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka, powstał w związku z obrażeniami ciała doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia były konsekwencją którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
 - 1) poddania się leczeniu dentyścycznemu przez Dziecko, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
- 4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

Prawo do świadczenia

§ 14

Prawo do świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową nabywa Dziecko.

Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka

§ 15

1. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie za jedno Poważne zachorowanie Dziecka, jakie wystąpiło w czasie okresu ubezpieczenia niezależnie od liczby Poważnych zachorowań Dziecka.

Świadczenie z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu

§ 16

1. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, z zastrzeżeniem ust. 4.

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą		
za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu 0,5%		
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem		
1-14 dzień Pobytu Dziecka w szpitalu	od 15 dnia Pobytu Dziecka w szpitalu	1-5 dzień Pobytu Dziecka na OIOM
1,0%	0,5%	Dodatkowo 0,5%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż:
 - 1) 90 dni w związku z jednym Pobyt Dziecka w szpitalu lub Pobytami Dziecka w szpitalu spowodowanymi tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) 180 dni w związku z więcej niż jednym Pobyt Dziecka w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się, że był to pobyt w jednym szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawkę za Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu Dziecka w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu Dziecka w szpitalu.

Świadczenie z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

§ 17

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium:
 - 1) Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku wyboru wariantów Mini albo Standard;
 - 2) całego świata – w przypadku wyboru wariantu VIP;
 w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji

§ 18

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji aktualnej w dniu powstania Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Niezdolnością Dziecka do samodzielnej egzystencji, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie z tytułu Poważnej operacji Dziecka

§ 19

1. W przypadku Poważnej operacji Dziecka Towarzystwo wypłaci procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej operacji Dziecka aktualnej w dniu wykonania operacji, określony w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej operacji Dziecka.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej operacji Dziecka, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% tej Sumy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

§ 20

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 2 do OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
6. Rodzaj wykonywanych przez Dziecko czynności nie ma wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

Świadczenie z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu

§ 21

1. W przypadku Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, który nie spowodował u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz u Dziecka niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Urazem u Dziecka niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 5) leczenie urazu wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i było połączone z dalszym leczeniem oraz wymagało co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a w przypadku urazu narządu ruchu na zlecenie lekarza narząd ten został trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnierż ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej dla Dziecka

§ 22

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 8, 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.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Dziecka rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:

- 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;
 - 11) Utratę mowy;
 - 12) Utratę słuchu;
 - 13) Utratę wzroku;
 - 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Zgłaszający się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors powinien podać następujące dane:
- 1) imię i nazwisko Dziecka;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
4. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
5. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka.
6. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 5.
7. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 6, 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.

Wypłata świadczenia

§ 23

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka.
2. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka należy też złożyć kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka.
3. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu należy dodatkowo złożyć kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Dziecka w szpitalu.
4. W przypadku refundacji kosztów leczenia Dziecka należy dodatkowo złożyć kserokopię rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Dziecko oraz kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Dziecku pomocy medycznej, o której mowa w § 5 pkt 3.
5. W przypadku Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji należy dodatkowo złożyć kserokopię dokumentacji medycznej lub innej dokumentacji potwierdzającej Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji.
6. W przypadku Poważnej operacji Dziecka należy dodatkowo złożyć kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji u Dziecka.
7. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku należy dodatkowo złożyć kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
8. W przypadku Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu należy dodatkowo złożyć kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Urazu u Dziecka niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
9. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1-8 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.
10. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-9 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski w formie tłumaczenia przysięgłego.
11. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 36 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 36 ust. 5 OWU.
12. W celu uznania zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem, a ich koszt pokrywa Towarzystwo.

§ 24

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD FPP5_MMO_09.2018 ORAZ OWUD FPP5_CMMO_09.2018**KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI****(KOD FPP5_MMO_CMMO_09.2018)**

1. Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji oraz Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka.
2. Przez procent sumy ubezpieczenia określony w Katalogu Poważnych operacji rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji zwany dalej „% Sumy ubezpieczenia”.

Lp.	Operacje układu nerwowego	% Sumy ubezpieczenia
1)	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	100
2)	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	100
3)	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	100
4)	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	80
5)	Neurostymulacja mózgu	80
6)	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	60
7)	Rewizja wentrykulostomii	60
8)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	60
9)	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
10)	Przeszczep nerwów czaszkowych	100
11)	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	100
12)	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	80
13)	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	80
14)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	60
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	60
16)	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	80
17)	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	60
18)	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	100
19)	Operacja naprawcza opony twardej	100
20)	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	100
21)	Drenaż przestrzeni podoponowej	100
22)	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	100
23)	Inne operacje rdzenia kręgowego	60
24)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	60
25)	Wycięcie nerwu obwodowego	40
26)	Zniszczenie nerwu obwodowego	40
27)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	40
28)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	60
29)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	60
30)	Wycięcie przysadki	80
31)	Zniszczenie przysadki	80
32)	Inne operacje przysadki	60
33)	Operacje szyszynki	80
Lp.	Operacje układu dokrewnego oraz gruczołu sutkowego	% Sumy ubezpieczenia
34)	Wycięcie tarczycy	40
35)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	60
36)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	60
37)	Wycięcie przytarczyc(y)	80
38)	Wycięcie grasicy	40
39)	Wycięcie nadnercza	60

40)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnercza	60
41)	Inne operacje nadnercza	40
42)	Całkowita amputacja sutka	40
43)	Operacje rekonstrukcyjne sutka	40
44)	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	20
45)	Operacje brodawki sutkowej	20
Lp. Operacje oka		% Sumy ubezpieczenia
46)	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	40
47)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	60
48)	Wszczepienie protezy oka	40
49)	Rewizja protezy oka	40
50)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	60
51)	Nacięcie oczodołu	40
52)	Połączone operacje mięśni oka	60
53)	Cofnięcie mięśnia oka	40
54)	Wycięcie mięśnia oka	40
55)	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	20
56)	Zeszycie rogówki	20
57)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	40
58)	Operacje odklejającej się siatkówki z kłamrowaniem	20
59)	Wycięcie tęczówki	40
60)	Operacje filtrujące tęczówki	60
61)	Wycięcie ciała rzęskowego	40
62)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	40
63)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	40
64)	Operacje ciała szklistego	60
65)	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	40
66)	Zniszczenie zmiany siatkówki	40
67)	Korekta deformacji powieki	20
Lp. Operacje laryngologiczne		% Sumy ubezpieczenia
68)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	80
69)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	20
70)	Drenaż ucha środkowego	20
71)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	80
72)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	40
73)	Amputacja (resekcja) nosa	60
74)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	40
75)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	40
76)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	40
77)	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	20
78)	Wycięcie gardła	80
79)	Operacje naprawcze gardła	60
80)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	20
81)	Wycięcie krtani	60
82)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	60
83)	Odtworzenie krtani	80
84)	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	20
Lp. Operacje układu oddechowego		% Sumy ubezpieczenia
85)	Częściowe wycięcie tchawicy	100

86)	Operacje plastyczne tchawicy	60
87)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	60
88)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	40
89)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	60
90)	Częściowe wycięcie oskrzela	60
91)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	20
92)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	20
93)	Przeszczep płuca	100
94)	Wycięcie płuca	100
95)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	80
96)	Otwarte operacje śródpiersia	40
97)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	40

Lp.	Operacje jamy ustnej	% Sumy ubezpieczenia
98)	Wycięcie języka	60
99)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	20
100)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	20
101)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	40
102)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	20
103)	Odtworzenie innej części jamy ustnej	40
104)	Wycięcie ślinianki	40
105)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	40
106)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	40
107)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	20
108)	Podwiązanie przewodu ślinianki	20
109)	Poszerzenie przewodu ślinianki	20
110)	Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	20

Lp.	Operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego	% Sumy ubezpieczenia
111)	Wycięcie przełyku i żołądka	100
112)	Całkowite wycięcie przełyku	100
113)	Częściowe wycięcie przełyku	60
114)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	60
115)	Zespolenie omijające przełyku	80
116)	Rewizja zespolenia przełykowego	60
117)	Operacja naprawcza przełyku	100
118)	Wytworzenie przetoki przełykowej	60
119)	Nacięcie przełyku	20
120)	Otwarte operacje żyłaków przełyku	60
121)	Otwarta implantacja protezy przełyku	60
122)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	20
123)	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	20
124)	Operacja antyrefluksowa przełyku	40
125)	Całkowite wycięcie żołądka	100
126)	Częściowe wycięcie żołądka	80
127)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	60
128)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	60
129)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	60
130)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	60
131)	Operacje wrzodu żołądka	60
132)	Nacięcie odźwiernika	60

133)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	20
134)	Wycięcie dwunastnicy	60
135)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	80
136)	Zespoleńie omijające dwunastnicę	60
137)	Operacje wrzodu dwunastnicy	60
138)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	20
139)	Wycięcie jelita czczego	60
140)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	60
141)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	60
142)	Zespoleńie omijające jelito czcze	60
143)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	20
144)	Wycięcie jelita krętego	60
145)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	60
146)	Zespoleńie omijające jelito kręte	60
147)	Rewizja zespolenia jelita krętego	60
148)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	60
149)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	60
150)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	20

Lp.	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	% Sumy ubezpieczenia
151)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100
152)	Całkowite wycięcie okrężnicy	80
153)	Wycięcie odbytnicy	80
154)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	20
155)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	60
156)	Zespoleńie omijające okrężnicę	60
157)	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	60
158)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	60
159)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	60
160)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	60
161)	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	60
162)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	60
163)	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	80
164)	Wycięcie poprzecznicy	80
165)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	80
166)	Wycięcie esicy	80

Lp.	Operacje innych narządów jamy brzusznej	% Sumy ubezpieczenia
167)	Przeszczep wątroby	100
168)	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	60
169)	Operacja naprawcza wątroby	80
170)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	20
171)	Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	40
172)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20
173)	Zespoleńie pęcherzyka żółciowego	40
174)	Przezkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	40
175)	Wycięcie przewodu żółciowego	80
176)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	60
177)	Zespoleńie przewodu żółciowego	60
178)	Zespoleńie przewodu żółciowego wspólnego	60
179)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	60
180)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	60

181)	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	60
182)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	40
183)	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	40
184)	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	40
185)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	40
186)	Przeszczep trzustki	100
187)	Całkowite wycięcie trzustki	100
188)	Wycięcie głowy trzustki	100
189)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	60
190)	Zespolenie przewodu trzustkowego	80
191)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	60
192)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	20
193)	Całkowite wycięcie śledziony	40
194)	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	20

Lp.	Operacje serca	% Sumy ubezpieczenia
195)	Przeszczep serca i płuc	100
196)	Przeszczep serca	100
197)	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	100
198)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	100
199)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	100
200)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	100
201)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	80
202)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	100
203)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	100
204)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	100
205)	Plastyka przedsionka serca	100
206)	Walwuloplastyka mitralna	80
207)	Walwuloplastyka aortalna	80
208)	Plastyka zastawki trójdzielnej	80
209)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	80
210)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	80
211)	Rewizja plastyki zastawki serca	80
212)	Otwarta walwulotomia	100
213)	Zamknięta walwulotomia	100
214)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	80
215)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	100
216)	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	100
217)	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	100
218)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	100
219)	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	100
220)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	100
221)	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	60
222)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźoprzewodzącego serca	100
223)	Wycięcie osierdzia	100
224)	Drenaż osierdzia	80
225)	Przecięcie osierdzia	40
226)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	100
227)	Operacja przetrwalego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	100
228)	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	100

Lp.	Operacje naczyń krwionośnych	% Sumy ubezpieczenia
229)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	100
230)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	100
231)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100
232)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	80
233)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	100
234)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	100
235)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	80
236)	Rewizja protezy aortalnej	80
237)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	100
238)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	80
239)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	100
240)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	80
241)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	100
242)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	80
243)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	100
244)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	80
245)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	100
246)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	80
247)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100
248)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	80
249)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	100
250)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	80
251)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	100
252)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	80
253)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	80
254)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	60
255)	Odtworzenie tętnicy udowej	80
256)	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	60
257)	Rewizja odtworzonej tętnicy	60
258)	Operacje na żyłę główną	40
259)	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	20

Lp.	Operacje układu moczowego	% Sumy ubezpieczenia
260)	Przeszczep nerki	80
261)	Całkowite wycięcie nerki	80
262)	Częściowe wycięcie nerki	60
263)	Wycięcie zmiany w nerce	60
264)	Otwarta naprawcza operacja nerki	60
265)	Nacięcie nerki	20
266)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	20
267)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	20
268)	Wycięcie moczowodu	60
269)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	80
270)	Ponowne wszczepienie moczowodu	60
271)	Operacja naprawcza moczowodu	60
272)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	20
273)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	20
274)	Operacje ujścia moczowodu	40

275)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	100
276)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	60
277)	Powiększenie pęcherza moczowego	80
278)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	40
279)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	20
280)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	60
281)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	60
282)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	20
283)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	60
284)	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	20
285)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	20
286)	Wycięcie cewki moczowej	60
287)	Operacja naprawcza cewki moczowej	60
288)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	20
289)	Operacje ujścia cewki moczowej	20
Lp.	Operacje narządów płciowych	% Sumy ubezpieczenia
290)	Wycięcie moszny	40
291)	Obustronne wycięcie jąder	60
292)	Jednostronne wycięcie jądra	40
293)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	40
294)	Obustronna implantacja jąder do moszny	60
295)	Proteza jądra	40
296)	Operacja wodniaka jądra	20
297)	Operacje najądrza	20
298)	Wycięcie nasieniowodu	20
299)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	40
300)	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	40
301)	Operacje pęcherzyków nasiennych	40
302)	Amputacja prącia	60
303)	Operacja naprawcza sromu	20
304)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	20
305)	Wycięcie pochwy	20
306)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	20
307)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	40
308)	Operacja plastyczna pochwy	20
309)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	40
310)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	20
311)	Operacje zatoki Douglasa	20
312)	Amputacja szyjki macicy	40
313)	Brzuszne wycięcie macicy	60
314)	Przezpochwowe wycięcie macicy	60
315)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	60
316)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	40
317)	Częściowe wycięcie jajowodu	20
318)	Implantacja protezy jajowodu	20
319)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	20
320)	Nacięcie jajowodu	40
321)	Operacje strzępków jajowodu	20
322)	Częściowe wycięcie jajnika	20
323)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	20

324)	Operacja naprawcza jajnika	20
Lp.	Operacje tkanek miękkich	% Sumy ubezpieczenia
325)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80
326)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	80
327)	Otwarte wycięcie opłucnej	80
328)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20
329)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	60
330)	Operacja przepukliny przeponowej	40
331)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	20
332)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	20
333)	Operacja przepukliny pępkowej	20
334)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20
335)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	60
336)	Otwarty drenaż otrzewnej	60
337)	Operacje sieci większej	60
338)	Operacje krezki jelita cienkiego	60
339)	Operacje krezki okrężnicy	60
340)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	40
341)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	20
342)	Przeszczep powięzi	20
343)	Wycięcie powięzi brzucha	20
344)	Wycięcie innej powięzi	20
345)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20
346)	Rozdzielenie powięzi	20
347)	Uwolnienie powięzi	20
348)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20
349)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20
350)	Przemieszczenie ścięgna	40
351)	Wycięcie ścięgna	40
352)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40
353)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40
354)	Zmiana długości ścięgna	20
355)	Wycięcie pochewki ścięgna	20
356)	Przeszczep mięśni	60
357)	Wycięcie mięśnia	20
358)	Operacja naprawcza mięśnia	20
359)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	20
360)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20
361)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	20
362)	Operacje przewodu limfatycznego	80
363)	Operacje kieszonki skrzelowej	40
Lp.	Operacje kości i stawów	% Sumy ubezpieczenia
364)	Plastyka czaszki	80
365)	Otwarcie czaszki	100
366)	Wycięcie kości twarzy	40
367)	Nastawienie złamania szczęki	40
368)	Nastawienie złamania innej kości twarzy	40
369)	Rozdzielenie kości twarzy	60
370)	Stabilizacja kości twarzy	40

371)	Wycięcie żuchwy	60
372)	Nastawienie złamania żuchwy	40
373)	Rozdzielenie żuchwy	40
374)	Stabilizacja żuchwy	40
375)	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	60
376)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	100
377)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	80
378)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	100
379)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	80
380)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	100
381)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	80
382)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	80
383)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	80
384)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	80
385)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	80
386)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	80
387)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	60
388)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	60
389)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	60
390)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	100
391)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	80
392)	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	80
393)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	80
394)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	80
395)	Odbarczenie złamania kręgosłupa	80
396)	Stabilizacja złamania kręgosłupa	80
397)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	60
398)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60
399)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60
400)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	60
401)	Całkowite wycięcie kości	40
402)	Usunięcie fragmentu kości	20
403)	Wycięcie kości ektopowej	20
404)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	40
405)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	40
406)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	40
407)	Rozdzielenie trzonu kości	40
408)	Rozdzielenie kości stopy	40
409)	Drenaż kości	40
410)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40
411)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	40
412)	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	40
413)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	40
414)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	20
415)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	60
416)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	80
417)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	60
418)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	80

419)	Całkowita protezoplastyka innego stawu	40
420)	Przeszczep szpiku kostnego	40
Lp.	Inne zabiegi operacyjne	% Sumy ubezpieczenia
421)	Replantacja kończyny górnej	60
422)	Replantacja kończyny dolnej	60
423)	Replantacja innego organu	60
424)	Transplantacja międzyukładowa	60
425)	Wszczepienie protezy kończyny	100
426)	Amputacja w zakresie ramienia	60
427)	Amputacja ręki	40
428)	Amputacja nogi	60
429)	Amputacja stopy	40
430)	Amputacja palucha	20
431)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	40
432)	Amputacja brzuszno-miedniczna	80

Niniejszy Katalog Poważnych operacji został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD FPP5_MMOE_09.2018

KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH

(KOD FPP5_MMOE_09.2018)

1. Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.
2. Przez procent sumy ubezpieczenia określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego zwany dalej „% Sumy ubezpieczenia”.

Lp.	Układ krążenia	% Sumy ubezpieczenia
1)	Embolizacja naczynia	50
2)	Ablacja dodatkowej drogi przewodzenia w sercu	30
3)	Wszczepienie rozrusznika serca	30
4)	Wszczepienie kardiowertera - defibrylatora	50
5)	Zamknięcie uszka lewego przedsionka serca	50
6)	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach / żyłach (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)	30
7)	Żylaki kończyn dolnych (w zależności od metody):	
a.	Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej), podwiązanie	10
b.	Laseroterapia / ablacja żył	10
c.	Wycięcie chirurgiczne	50
8)	Żylaki odbytu (w zależności od metody):	
a.	Podwiązanie	10
b.	Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej) / działanie prądu /temperatury	10
c.	Wycięcie chirurgiczne	50
Lp.	Układ oddechowy	% Sumy ubezpieczenia
9)	Septoplastyka nosa	10
10)	Polipektomia nosa	10
11)	Endoskopowa operacja zatoki szczękowej	30
12)	Usunięcie migdałków	30
13)	Drenaż ropniaka opłucnej	50
Lp.	Ortopedia	% Sumy ubezpieczenia
14)	Zabiegi artroskopowe (rekonstrukcyjne, usuwanie nadmiaru tkanek, synwektomia)	30
15)	Wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	30
16)	Wycięcie ganglionu w obrębie kończyny górnej	30
17)	Wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	30
Lp.	Gastrologia	% Sumy ubezpieczenia
18)	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	50
Lp.	Układ rozrodczy	% Sumy ubezpieczenia
19)	Konizacja szyjki macicy	10
20)	Nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	30
21)	Wyłuszczenie gruczołu Bartholina	30
22)	Usuwanie polipów narządu rodno	30
23)	Histeroskopowe usunięcie polipa	30
24)	Wyłuszczenie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy	10
25)	Endoskopowe zabiegi w macicy	50
26)	Laparoskopowe wyłuszczenie mięśniaków macicy	50
27)	Cięcie cesarskie	30

Lp.	Układ moczowy	% Sumy ubezpieczenia
28)	Cystoskopia / ureteroskopia diagnostyczna	30
Lp.	Chirurgia	% Sumy ubezpieczenia
29)	Wycięcie torbieli włosowej	10
30)	Wycięcie guza w obrębie tkanek miękkich	10
31)	Leczenie chirurgiczne przetoki odbytu (wycięcie/nacięcie przetoki)	30
32)	Wycięcie szczeliny odbytu, z nacięciem zwieracza odbytu (sfinkterotomią) lub bez	50
Lp.	Okulistyka	% Sumy ubezpieczenia
33)	Zwniętrzotrebkowe usunięcie zaćmy przy użyciu ultradźwięków lub lasera z wprowadzeniem sztucznej soczewki wwniętrzgałkowej (procedura jednoetapowa)	30
34)	Trabekuloplastyka laserowa, jedna lub wiecej sesji (zdefiniowany cykl leczenia)	10
35)	Laserowa korekcja wady wzroku	20

Niniejszy Katalog Zabiegów specjalistycznych został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD FPP5_ADISB5_09.2018

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWUD FPP5_CADISB3_09.2018

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

(FPP5_ADISB5_CADISB3_09.2018)

Niniejszą tabelę stosuje się przy ocenie skutków Nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj uszkodzeń ciała	% uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy	
1) Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10
b. oskalpowanie	5-25
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	1-7
b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	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	100
b. głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80
c. średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60
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.	5-35
e. monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
– kończyna górna – wg skali Lovett'a	
– prawa górna kończyna	
0°	40
1 – 2°	30-35
3 – 4°	5-25
– lewa górna kończyna	
0°	30
1 – 2°	20-25
3 – 4°	5-15
– kończyna dolna (prawa i lewa) – wg skali Lovett'a	
0°	40
1 – 2°	30
3 – 4°	5-20
6) Zespoły pozapiramidowe:	
a. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b. zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
c. zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30
7) Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a. zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

b. utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80
c. miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60
d. dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25
8) Padaczka:	
a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9) Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	
10) Nerwice:	
a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11) Zaburzenia mowy:	
a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b. afazja całkowita motoryczna	60
c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d. afazja nieznacznego stopnia	10-20
12) Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a. nerwu okoruchowego:	
– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b. nerwu błotkowego	3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	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. 49.	
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. oszpeccenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpeccenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpeccenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60
20) Uszkodzenia nosa:	
B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy	
a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10

b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20
c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według tej pozycji.	
21) Utrata zębów:	
a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5
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	40
b. żuchwy	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	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10
25) Ubytek podniebienia:	
a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40
26) Ubytki języka:	
a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	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 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent 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
--	----

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:

a. jednego oka	15
b. obu oczu	30

29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a. rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg tabeli z p.27a
b. zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka	
d. zanik nerwu wzrokowego	

30) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:

a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	wg tabeli z p.27a
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	

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

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	5-15
b. obustronne	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	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	

49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	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	35-50
b. z bezgłosem	60

53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo-krążeniową	45-60

54) Uszkodzenie przełyku powodujące:

a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:

a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	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	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	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 osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	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, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp. oraz wszystkie, które uwiaryściły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu - nie są uznawane za pourazowe.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	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	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30
72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	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	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1- 20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	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	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	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 mięszowych 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	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zeszywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	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

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy

93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającich poruszanie się za pomocą dwóch lasek	60-70
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiającich poruszanie się o jednej lasce	30-40
d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100
e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70
f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30
g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40
h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
94) Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a. szyjne	1-20
b. piersiowe	1-10
c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25
d. guziczne	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	1-10
b. dużego stopnia	10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniami obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
b. w odcinku przednim i tylnym	15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:	
a. zwinięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
b. zwinięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
c. zwinięcie III° – duże zmiany	20-35
d. zwinięcie IV° – bardzo duże zmiany	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

	Prawa	Lewa
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	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	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy	Prawa	Lewa
102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	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.		
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	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone 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	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	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	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	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	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy	Prawa	Lewa
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		
120) Cepowy 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	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	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	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	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 oprostowania	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	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zeszytnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	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, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy	Prawa	Lewa
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	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwinięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	25-30	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	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17-23	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	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	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	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	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 wyłuszczeniu 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	1-10	
b. znacznego stopnia	10-25	
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	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	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-145, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwipochodne 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.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	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	1-10
b. znacznego stopnia	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	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oproteżowania	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	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łokotek, 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	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 140°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–30° za każde 10° ubytku ruchu	+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	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
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	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	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	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	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	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	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	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	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamanie I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamanie II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i 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	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 trójkłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójkłowego 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)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
o. nerwu zasłonowego	5-15	5-15
p. nerwu udowego	10-30	10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	10-20
r. nerwu sromowego wspólnego	5-25	5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	10-40
u. nerwu strzałkowego	10-20	10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	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	30-50
--	-------	-------

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 29 września 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

