VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

Ubezpieczenie Między Nami Gold

Między Nami Gold – dlaczego warto?

Między Nami Gold to indywidualny produkt ubezpieczeniowy, który zabezpiecza kluczową potrzebę ochrony życia i zdrowia.

Jak działa produkt?
W okresie ubezpieczenia posiadasz ubezpieczenie na życie, które zapewnia ochronę na wypadek śmierci i wypłatę świadczenia z tego tytułu osobom, które wskażesz jako uposażonych.

To oczywiście nie wszystko, Między Nami Gold to również szeroki wachlarz ubezpieczeń dodatkowych, jak m.in.:

- kompleksowo skonstruowane ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania z dużą liczbą jednostek chorobowych,
- bardzo szeroki zakres ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- możliwość uzyskania Eksperckiej Opinii Medycznej na wypadek dolegliwości zdrowotnej (zakres: onkologia, kardiologia i kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia),
- ubezpieczenia dodatkowe dotyczące pobytu w szpitalu (w następstwie nieszczęśliwego wypadku, choroby),
- ubezpieczenia dodatkowe na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- ubezpieczenia dodatkowe dotyczące śmierci małżonka albo partnera (w następstwie wypadku komunikacyjnego, nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca),
- ubezpieczenie dodatkowe dotyczące śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

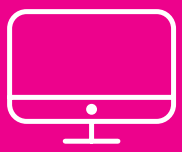
Na jakie świadczenia możesz liczyć?

Za co?	Ile?	Dla kogo?
Śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia na życie	Uposażony
Choroba śmiertelna Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia	50% sumy ubezpieczenia na życie, maksymalnie 300 000 zł	Ubezpieczony
Ubezpieczenia dodatkowe	Suma ubezpieczenia lub inny rodzaj świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego	Ubezpieczony, Uposażony

Jak wnioskować o świadczenie?

1. Przygotuj: numer polisy, dokumenty wskazane w OWU jako konieczne do zgłoszenia roszczenia
2. Skontaktuj się z nami w dogodny dla Ciebie sposób

Elektronicznie



- na stronie **www.viennalife.pl** wypełnij formularz internetowego zgłoszenia roszczenia i dołącz wymaganą dokumentację

Telefonicznie



- zadzwoń na Vienna Life Kontakt **22 460 22 22**
- w zakresie świadczeń assistance zadzwoń do Centrum Alarmowego Assistance: **+48 22 295 82 03**

Co dalej z Twoim zgłoszeniem?

- otrzymasz SMS* oraz e-mail** albo list z potwierdzeniem przyjęcia wniosku o wypłatę świadczenia
- jeżeli będzie potrzeba, poprosimy Cię o przesłanie dodatkowych dokumentów (listem lub na wskazany przez nas adres e-mailowy)
- decyzję o wypłacie świadczenia otrzymasz listem albo e-mailem**; przyznane świadczenie wypłacimy w przepisowym terminie

* jeśli podasz nam swój numer telefonu komórkowego
** jeśli podasz nam swój adres e-mail

Moja Vienna

Odwiedź portal klienta:

www.kontoklienta.viennalife.pl

i załóż konto.

Zlecisz tam wiele zmian oraz szybko i wygodnie sprawdzisz:

- zakres umowy
- aktualne wysokości sum i składek

Kontakt w każdej innej sprawie

Vienna Life Kontakt

22 460 22 22
poniedziałek-piątek w godz. 8:00-18:00

E-mail

kontakt@viennalife.pl

Adres pocztowy

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Aleje Jerozolimskie 162A
02-342 Warszawa

Ubezpieczenie podstawowe

Ubezpieczenie na życie
śmierć, choroba śmiertelna

Ubezpieczenia dodatkowe

Życie

- Śmierć w NW
- Śmierć w następstwie Wypadku komunikacyjnego

Wypadki

- Rekonwalescencja
- Trwały uszczerbek na zdrowiu NW
- Operacja chirurgiczna
- Lekkie obrażenia ciała NW

Choroby i wypadki

- Pobyt w sanatorium
- Pobyt w szpitalu
- Pobyt na OIOM
- Świadczenie apteczne

Choroby

- Poważne zachorowanie
- Ekspercka opinia medyczna
- Pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania świadczeń assistance

Rodzina

- Śmierć dziecka
- Śmierć małżonka/partnera

Ubezpieczenie Między Nami Gold

Spis treści

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych ... 6
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (karta produktu) ... 8
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0224 ... 15
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0224
§ 1. Postanowienia ogólne oraz definicje ... 16
§ 2. Rodzaj i przedmiot ubezpieczenia oraz zakres odpowiedzialności Towarzystwa ... 19
§ 3. Rodzaje Świadczeń i ustalanie ich wysokości ... 19
§ 4. Zasady wskazywania Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego ... 19
§ 5. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 19
§ 6. Okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (Karencja) ... 19
§ 7. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 20
§ 8. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ... 20
§ 9. Zasady opłacania Składek ... 20
§ 10. Skutki niezapłacenia Składki ... 20
§ 11. Wypłata Świadczeń ... 21
§ 12. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń ... 21
§ 13. Okres trwania Umowy ubezpieczenia ... 22
§ 14. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia, odstąpienie od Umowy ubezpieczenia ... 22
§ 15. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia ... 22
§ 16. Ubezpieczenia dodatkowe ... 22
1. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWK) ... 22
2. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNW) ... 22
3. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GTU) ... 23
4. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Lekkich obrażeń ciała (GUR) ... 23
5. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Poważnego zachorowania (GPZ3) ... 23
6. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GOCN) ... 26
7. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2) ... 26
8. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby (GPOP1) ... 26
9. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Pobytu na OIOM (GOIOM) ... 27
10. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPRN) ... 27
11. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek świadczenia aptecznego (GPSA) ... 28
12. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek pobytu w Sanatorium (GSS) ... 28
13. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNPW) ... 28

VL/BRP-0224/komplet/vs.1/2024

VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 311 843 763,00 zł – opłacony w całości

Adres: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa
Tel.: 22 460 22 22

14. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) 29
15. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Dolegliwości zdrowotnej (Ekspercka Opinia Medyczna) (GEOM) 31
16. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWKM) 31
17. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GWN) 32
18. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca (GNZM) 32
19. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera (GZW) 32
20. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GZDNWBW) 33
§ 17. Reklamacje i skargi 33
§ 18. Pozostałe postanowienia umowne 33
Załącznik nr 1 – Tabela oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu 35
Załącznik nr 2 – Tabela Operacji chirurgicznych 44
Załącznik nr 3 – Tabela Poważnych zachorowań 50
Załącznik nr 4 – Zakres ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia 55

VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych

Administrator danych osobowych: Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator").

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail kontakt@viennalife.pl, telefonicznie pod numerem 22 460 22 22 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD") można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iodo@viennalife.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnie uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.
Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

VL/ADO/vs.1/2024

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.
W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.
W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.
Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.
Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Indywidualne ubezpieczenie na życie Między Nami Gold

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo (Ubezpieczyciel): **Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)**

Produkt: **Między Nami Gold (GRU) OWU BRP–0224**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0224 (zwane dalej OWU) oraz Polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dział I, 1 grupa ustawowa. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z zastrzeżeniem że po tym okresie Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na okres kolejnego roku na zasadach określonych w OWU.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia podstawowego: życie i zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
- zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia (o ile Ubezpieczający wskaże we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, że w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa ma się znajdować Choroba śmiertelna).

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższe jednak niż 300 000 zł (słownie: trzysta tysięcy złotych). Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2-3 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie Karencji lub miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału w: aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
- samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Do okresu 2 lat zalicza się okres ponoszenia odpowiedzialności w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,
- prowadzenia Pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- prowadzenia Pojazdu w stanie Pozostawania pod wpływem alkoholu lub leków (z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza), środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy,

  - odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub

  - nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających przez daną osobę, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub leków, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- chorobą lub zatruciem spowodowanym spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, chyba że choroba lub zatrucie spowodowane spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy, z zastrzeżeniem zapisów w § 6 ust. 2-5 OWU.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 7 OWU.

Zasady stosowania ograniczeń odpowiedzialności (Karencje) wskazane zostały w § 6 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy,
- terminowo opłacać należną Składkę,
- składać zawiadomienia i oświadczenia na piśmie i wysyłać je listownie,
- informować Towarzystwo o zmianie siedziby i adresu korespondencyjnego.

Ubezpieczający ma prawo:

- odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- odstąpić od Umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia,
- rozszerzyć zakres odpowiedzialności Towarzystwa o następujące Ubezpieczenia dodatkowe:

  – na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWK),

  – na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNW),

  – na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GTU),

  – na wypadek Lekkich obrażeń ciała (GUR),

  – na wypadek Poważnego zachorowania (GPZ3),

  – na wypadek Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GOCN),

  – na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2),

  – na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby (GPOP1),

  – na wypadek Pobytu na OIOM (GOIOM),

  – na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPRN),

  – na wypadek świadczenia aptecznego (GPSA),

  – na wypadek pobytu w Sanatorium (GSS),

  – na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNPW),

  – na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA),

VL/BRP-0224/karta produktu/vs.1/2024

– na wypadek Dolegliwości zdrowotnej (Ekspercka Opinia Medyczna) (GEOM),

– na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWKM),

– na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GWN),

– na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca (GNZM),

– na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera (GZW),

– na wypadek śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GZDNWBW).

Szczegółowe warunki Ubezpieczeń dodatkowych, w tym przedmiot ubezpieczenia, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasady wypłaty świadczeń, zawarte zostały w § 16 OWU.

- złożyć reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Uposażonego/Uposażonego zastępczego, a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Uposażonego/Uposażonego zastępczego, a także zmienić udziały poszczególnych Uposażonych/Uposażonych zastępczych w kwocie Świadczenia,
- złożyć reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka płatna jest:

- miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie (w zależności od wskazania we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia),
- w terminie: najpóźniej w 1 dniu okresu, za który jest należna.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie. W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
- w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat,
- w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym upłynął termin dodatkowy na zapłatę Składki o którym mowa w § 10 ust. 3 OWU.

Jak zawnioskować o wypłatę Świadczenia?

Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane:

- w § 11 ust. 3 OWU z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- w § 11 ust. 4 pkt OWU z tytułu Choroby śmiertelnej.

Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania Świadczeń, zasad ustalania i wypłaty Świadczenia wskazane są w § 4 oraz w § 11 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpić od Umowy w terminach wskazanych w OWU,
- wypowiedzieć na piśmie Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne na koniec Miesiąca polisowego).

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIACH DODATKOWYCH DO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI GOLD

Poniżej przedstawiamy podstawowe informacje dotyczące Ubezpieczeń dodatkowych, umożliwiających rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia Między Nami Gold – ich przedmiocie i zakresie ubezpieczenia, zasadach wypłaty Świadczeń oraz istotnych ograniczeniach odpowiedzialności Towarzystwa.

Pełne informacje dotyczące danego Ubezpieczenia dodatkowego znajdują się w § 16 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) oraz w Polisie potwierdzającej zawarcie danego Ubezpieczenia dodatkowego i jego warunki.

W przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenia dodatkowe, z tytułu świadczonej ochrony należna jest Składka. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu Umowy ubezpieczenia obejmuje należności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i Ubezpieczeń dodatkowych. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu Umowy ubezpieczenia płatna jest z częstotliwością potwierdzoną w Polisie. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki na rachunek bankowy Towarzystwa, w terminie potwierdzonym w Polisie.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 1 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 1 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 2 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 2 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: odpowiednia część sumy ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 3 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 3 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK LEKKICH OBRAŻEŃ CIAŁA (GUR)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Lekkich obrażeń ciała?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie Lekkich obrażeń ciała u Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Lekkich obrażeń ciała, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Lekkie obrażenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiły w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 4 pkt 2)-3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty maksymalnie trzech Świadczeń w każdym Roku Okresu ubezpieczenia z tytułu Lekkich obrażeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, niezależnie od liczby Lekkich obrażeń ciała mających miejsce w każdym Roku Okresu ubezpieczenia.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 4 pkt 4) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZ3)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jednego z 55 Poważnych zachorowań (Niewydolność nerek, Operacja aorty, Przeszczep narządu, Udar mózgu, Operacja wszczepienia zastawki serca, Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), Zawał serca, Utrata mowy, Utrata słuchu, Utrata wzroku, Łagodny nowotwór mózgu, Nowotwór złośliwy, Ciężkie oparzenia, Stwardnienie rozsiane, Śpiączka, Transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV, Zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV, Paraliż, Anemia aplastyczna, Choroba Creutzfeldta-Jakoba, Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby, Utrata kończyn, Ciężki uraz głowy, Sepsa, Choroba Leśniowskiego-Crohna, Dystrofia mięśniowa, Postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona), Zapalenie mózgu, Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, Bąblowiec mózgu, Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie, Choroba neuronu ruchowego, Pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne), Ostra niewydolność wątroby, Ropień mózgu, Wirusowe zapalenie mózgu, Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, Zakażona martwica trzustki, Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (dawniej ziarniniakowatość Wegenera), Cholera, Dur brzuszny, Gorączka denga, Gorączka zachodniego Nilu, Malaria, Schistosomatoza (bilharcjoza), Tężec, Wścieklizna, Zgorzel gazowa, Żółta gorączka, Schyłkowa niewydolność oddechowa, Schyłkowa niewydolność wątroby, Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, Łagodny (niezłośliwy) nowotwór rdzenia kręgowego (niezłośliwy guz kanału kręgowego), Odkleszczowe zapalenie mózgu).

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 5 pkt 3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 3 miesiące.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 5 pkt 3) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 5 pkt 4) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GOCN)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest określona w Tabeli Operacji chirurgicznych stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU odpowiednia część sumy ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień Operacji chirurgicznej.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej miał miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz Operacja chirurgiczna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 6 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 6 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOP2)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest Zasiłek dzienny w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień pierwszego pełnego dnia Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy pełny dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

c) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 pełny dzień.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 7 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 180 pełnych dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 7 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOP1)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest Zasiłek dzienny w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień pierwszego pełnego dnia Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, za każdy pełny dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 pełne dni.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 8 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 180 pełnych dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia.

W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 3 miesiące.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 8 pkt 3) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 8 pkt 5) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu na OIOM?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczenie jest w postaci Świadczenia jednorazowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy pełny dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego.

W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu na OIOM Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

c) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 1 pełny dzień.

W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby, Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Choroby miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 pełne dni.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 9 pkt 2)-3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

W Ubezpieczeniu dodatkowym w przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby okres Karencji wynosi 3 miesiące.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 9 pkt 4) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 9 pkt 8) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Rekonwalescencja po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczenie jest w postaci Zasiłku dziennego w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 10 pełnych dni,

c) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 10 pkt 2)-3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci

Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danej Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 pełnych dni danej Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie za nie więcej niż 90 pełnych dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 10 pkt 4) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚWIADCZENIA APTECZNEGO (GPSA)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek świadczenia aptecznego?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: konieczność zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest Świadczenie jednorazowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy pełny dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia, Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 pełny dzień,
c) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby, Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli łącznie z spełnione następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby trwał co najmniej 4 pełne dni.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 11 pkt 2)-3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 3 razy w danym Roku Okresu ubezpieczenia. Z tytułu danego Pobytu w Szpitalu odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia.

W Ubezpieczeniu dodatkowym w przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby okres Karencji wynosi 3 miesiące.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 11 pkt 4) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 11 pkt 7) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POBYTU W SANATORIUM (GSS)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu w Sanatorium?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest Świadczenie sanatoryjne w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień pobytu w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia,
b) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w Sanatorium Ubezpieczonego miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
d) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Choroby, był wynikiem Choroby zdiagnozowanej w Okresie ubezpieczenia oraz skutkującej Pobytem w Szpitalu mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia,
e) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego został realizowany na podstawie skierowania/orzeczenia na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową potwierdzonego przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 12 pkt 2)-3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 1 raz w danym Roku Okresu ubezpieczenia.

W Ubezpieczeniu dodatkowym w przypadku pobytu w Sanatorium w następstwie Choroby okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 12 pkt 4) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 12 pkt 6) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) ozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 13 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 13 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOEA)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego oraz wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA z zastrzeżeniem, że w przypadku niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego za Małżonka uważa się również Partnera.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: zdarzenie ubezpieczeniowe GOEA.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń assistance oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia wskazane są § 16 ust. 14 pkt 4) OWU oraz Załączniku nr 4 do OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 14 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) ozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNEJ (EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA) (GEOM)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Dolegliwości zdrowotnej?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo spełni Świadczenie, wydając i przekazując Ubezpieczonemu Ekspercką Opinię Medyczną (EOM), obejmującą:

a) weryfikację diagnozy postawionej przez Lekarza w Polsce (jeśli była postawiona),
b) weryfikację planu leczenia zaleconego przez Lekarza w Polsce (jeśli był zalecony),
c) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej Dolegliwości zdrowotnej,
d) propozycję optymalnego planu leczenia,
e) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
f) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym Ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
g) w przypadkach uzasadnionych EOM – Asysta prawna. Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 15 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Dolegliwość zdrowotna wystąpiła w okresie pierwszych 2 miesięcy Okresu ubezpieczenia. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch Świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM dla Ubezpieczonego w każdym Roku Okresu ubezpieczenia. Stopień kompletności Eksperckiej Opinii Medycznej zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWKM)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia**.**

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego będącego przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
b) śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 16 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 16 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 19 ust. 17 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 17 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GNZM)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca będącego przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 18 pkt 2)-3) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 18 pkt 4) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 18 pkt 6) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA (GZW)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Małżonka albo Partnera w Okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień śmierci Małżonka albo Partnera.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 19 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 19 pkt 3) OWU, zasady stosowania Karencji wskazane są w § 16 ust. 19 pkt 4) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) ozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA BEZ WZGLĘDU NA WIEK DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GZDNWBW)

Co jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Dziecka bez względu na wiek Dziecka w Okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie: Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu tego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) śmierć Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 16 ust. 20 pkt 1)-2) OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 16 ust. 20 pkt 3) OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI GOLD BRP-0224

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 3, § 11, § 16 ust. 1-20
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1, § 6, § 7, § 16 ust. 1-20

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold BRP-0224

§ 1. Postanowienia ogólne oraz definicje

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0224 (OWU) zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działająca pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group) (dalej: Towarzystwo) uchwałą nr ……/……./2024 z dnia 00.00.2024 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym. Wszelkie odstępstwa od OWU, które mają mieć zastosowanie do danej Umowy ubezpieczenia, dla swojej ważności muszą mieć formę pisemną.
2. Użyte w OWU definicje oznaczają:
   1) **ASYSTA PRAWNA** – pomoc administracyjno-prawna w procedurze uzyskania zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):
      a) na pokrycie kosztów lekarstw w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,
      b) na leczenie planowane poza granicami kraju/zwrot kosztów leczenia za granicą,

      o ile użycie powyższych procedur zostało uzasadnione w Eksperckiej Opinii Medycznej.
   2) **CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI** – powstała w Okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji uznaje się:
      a) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku,
      b) w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w tymże dokumencie.

      Towarzystwo uznaje Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa w przypadku, gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w Okresie ubezpieczenia, sumują się.

      Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uznaje się powstałe w Okresie ubezpieczenia naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.
   3) **CENTRUM OPERACYJNE** – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w Ubezpieczeniu dodatkowym na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA), w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w § 16 ust. 14 pkt 4).
   4) **CHOROBA** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.
   5) **CHOROBA PRZEWLEKŁA** – stan chorobowy, charakteryzujący się długotrwałym przebiegiem i powolnym rozwojem, który spełnia przynajmniej jedną z następujących cech: jest trwały, skutkujący inwalidztwem, spowodowany nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymaga specjalnego postępowania rehabilitacyjnego lub według wszelkich oczekiwań długiego okresu nadzoru, obserwacji lub opieki.
   6) **CHOROBA PSYCHICZNA** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w szczególności depresja i nerwica (kod ICD-10: F00-F99).
   7) **CHOROBA ŚMIERTELNA** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa, muszą być ustalone przez jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będąca podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień ustalenia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.
   8) **DOLEGLIWOŚĆ ZDROWOTNA** – choroba (rozumiana jako stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt) lub Uraz doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli, wyłącznie z zakresu:
      a) onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
      b) kardiologii i kardiochirurgii – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyniowe,
      c) neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z Urazu,
      d) ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, choroba Pageta kości, bóle i urazy barku, których pierwsza diagnoza postawiona została przez Lekarza w Polsce lub wystąpienie pierwszych objawów udokumentowanych badaniami lekarskimi miało miejsce w Okresie ubezpieczenia.
   9) **DOTYCHCZASOWA UMOWA UBEZPIECZENIA** – umowa:
      a) grupowego ubezpieczenia na życie zawarta między Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, albo
      b) umowa indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie grupowe, albo
      c) umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie.

      W rozumieniu OWU za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko taką umowę grupowego ubezpieczenia lub umowę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie grupowe lub umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie, z tytułu której ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego wygaśnie w miesiącu poprzedzającym Okres ubezpieczenia lub w pierwszym miesiącu Okresu ubezpieczenia oraz która została wskazana przez Ubezpieczającego wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
   10) **DROGA** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.
   11) **DZIECKO** – dziecko biologiczne, przysposobione lub pasierb (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) Ubezpieczonego.
   12) **DZIEŃ POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI** – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia.
   13) **DZIEŃ ZAPŁATY SKŁADKI** – dzień uznania rachunku bankowego Towarzystwa, przeznaczonego do dokonywania wpłaty Składki, kwotą Składki zapłaconej w pełnej wysokości.

VL/BRP-0224/OWU/vs.1/2024

14) **EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA (EOM)** – ocena Dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z Instytucji medycznej, wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących Dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym tę opinię.

15) **HOSPITALIZACJA** – udokumentowany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. Każdy rozpoczęty dzień Hospitalizacji uważa się za pełny. Definicja dotyczy Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA),

16) **INSTYTUCJA MEDYCZNA** – wykwalifikowany podmiot leczniczy, udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby w państwie członkowskim Unii Europejskiej, z wyłączeniem Polski, bądź innym państwie zapewniającym odpowiednią jakość świadczeń opieki zdrowotnej, zasadniczo odpowiadającą jakości zapewnianej w Unii Europejskiej, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.

17) **INWALIDZTWO** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa jako całkowita lub częściowa niezdolność do pracy.

18) **KARENCJA** – ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa w Ubezpieczeniu podstawowym lub w odpowiednich Ubezpieczeniach dodatkowych przez okres wskazany w OWU, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem Nieszczęśliwych wypadków.

19) **LEKARZ UPRAWNIONY** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego.

20) **LEKARZ W POLSCE** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zdiagnozował Dolegliwość zdrowotną.

21) **LEKKIE OBRAŻENIA CIAŁA** – uraz ciała, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagający interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, który nie daje się zakwalifikować jako Trwały uszczerbek na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej).

22) **MAŁŻONEK** – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku małżeńskim z Ubezpieczonym.

23) **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** – wspólne miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez Ubezpieczonego, przy czym w przypadku zmiany miejsca stałego pobytu, Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.

24) **MIESIĄC POLISOWY** – okres, który rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności i kończy się w dniu, który swą datą odpowiada Dniowi początku odpowiedzialności Towarzystwa w każdym kolejnym miesiącu, a jeżeli takiego dnia nie ma w danym miesiącu, to ostatniego dnia tego miesiąca.

25) **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną i niezależne od woli ani stanu zdrowia osoby której dotyczy, będące przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu OWU za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się:

    a) zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób, nawet jeżeli wystąpiły nagle bądź zostały ujawnione przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną,

    b) przeciążenia, nadwyrężenia organizmu będących wynikiem nagłego lub jednostajnego ruchu, wysiłku fizycznego lub dźwignięcia bez działania na organizm przyczyny zewnętrznej i skutkujących urazem albo ujawnieniem, w tym nagłym, zmian o charakterze chorobowym.

26) **ODDZIAŁ INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach Szpitala oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie oraz stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych oraz w ramach którego możliwe jest podjęcie czynności zastępczych niewydolnych organów lub układów. W rozumieniu OWU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:

    a) oddział intensywnej terapii,

    b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,

    c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale Szpitala, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

27) **OKRES UBEZPIECZENIA** – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU; Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie.

28) **OPERACJA CHIRURGICZNA** – wskazany w Tabeli Operacji chirurgicznych (stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU), zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, przez uprawnionego do tego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej posiadającego prawo wykonywania zawodu na terytorium państwa, w którym zabieg jest wykonywany, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym Szpitalu lub przychodni przyszpitalnej, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium Szpital ten lub przychodnia prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w Okresie ubezpieczenia i miał na celu leczenie następstw Nieszczęśliwego wypadku.

29) **OSOBA NIESAMODZIELNA** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

30) **PARTNER** – osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

    a) nie pozostaje w związku małżeńskim,

    b) nie jest spokrewniona i spowinowacona z Ubezpieczonym,

    c) nie jest byłym małżonkiem Ubezpieczonego,

    d) pozostaje z Ubezpieczonym w stałym związku oraz prowadzi wspólne gospodarstwo domowe,

    e) została wskazana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego a w przypadku zmiany Partnera w Okresie ubezpieczenia lub wskazania Partnera po raz pierwszy w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia została wskazana przez Ubezpieczonego pisemnie do Towarzystwa na adres jego siedziby.

    Zmiana przez Ubezpieczonego w zakresie wskazania Partnera lub wskazanie Partnera po raz pierwszy w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia następującej pod dniu wpływu pisma do siedziby Towarzystwa odpowiednio co do zmiany przez Ubezpieczonego w zakresie wskazania Partnera lub wskazania Partnera po raz pierwszy w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.

31) **PLACÓWKA MEDYCZNA** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

32) **POBYT NA OIOM** – udokumentowany okres pobytu na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, którego celem jest:

    a) w przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby – leczenie Choroby,

    b) w przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – leczenie obrażeń doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

    Dzień przyjęcia na OIOM uważa się za pełny dzień Pobytu na OIOM jeżeli trwał on nieprzerwanie co najmniej 12 godzin. Każdy rozpoczęty po dniu przyjęcia na OIOM dzień uważa się za pełny dzień Pobytu na OIOM.

33) **POBYT W SZPITALU** – udokumentowany okres pobytu w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, którego celem jest:

    a) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby – leczenie Choroby. W rozumieniu OWU za Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby nie uważa się: pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych, pobytu na oddziale dziennym i pobytu dziennego,

    b) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – leczenie obrażeń doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWU za Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie uważa się: pobytu na oddziale dziennym i pobytu dziennego.

    Dzień przyjęcia do Szpitala uważa się za pełny dzień Pobytu w Szpitalu jeżeli trwał on nieprzerwanie co najmniej 12 godzin. Każdy rozpoczęty po dniu przyjęcia do Szpitala dzień uważa się za pełny dzień Pobytu w Szpitalu.

34) **POGORSZENIE SIĘ STANU ZDROWIA** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera choroby (rozumianej jako: potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego) lub doznanie przez Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

35) **POJAZD:**

    a) **POJAZD LĄDOWY** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące:

        i) pojazdem silnikowym z wyłączeniem quada (quad – czterokołowiec lub czterokołowiec lekki w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym) i crossa. Za pojazd silnikowy uważa się również motocykl, motorower, hulajnogę elektryczną,

ii) innym pojazdem jednośladowym (np. rowerem), bądź

iii) pojazdem szynowym.

b) **STATEK MORSKI LUB ŚRÓDLĄDOWY** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych. W rozumieniu OWU za Statek morski lub śródlądowy nie uważa się: okrętów podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

c) **STATEK POWIETRZNY** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

36) **POLISA** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, w tym długość Okresu ubezpieczenia i częstotliwość opłacania Składki. Ilekroć w OWU jest mowa o wersji Polisy, rozumie się przez to dokument wystawiony przez Towarzystwo dla potwierdzenia zmiany warunków tej samej Umowy ubezpieczenia, której zawarcie i warunki potwierdza Polisa.

37) **POMOC DOMOWA** – Świadczenie polegające na:

a) utrzymaniu czystości w domu, tj.:

i) sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro,

ii) ścieraniu kurzy z mebli i parapetów,

iii) odkurzaniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej,

iv) czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu,

v) czyszczeniu płyty kuchennej,

b) przygotowaniu posiłków,

c) robieniu zakupów niezbędnych do realizacji czynności określonych w lit. a) i b),

d) podlewaniu kwiatów,

e) wyrzuceniu śmieci, przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego.

38) **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – wystąpienie po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego jednego ze stanów chorobowych zdefiniowanych i wskazanych w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 3 do OWU.

39) **POZOSTAWANIE POD WPŁYWEM ALKOHOLU** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w $1dm^3$.

40) **REKONWALESCENCJA** – pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt w Szpitalu. Okres Rekonwalescencji jest liczony od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się Pobyt w Szpitalu. Zwolnienie lekarskie powinno być wystawione nie później niż dnia następującego po ostatnim dniu Pobytu w Szpitalu. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

41) **ROCZNICA UBEZPIECZENIA** – rocznica Dnia początku odpowiedzialności, potwierdzonego w Polisie, a w przypadku gdy Dzień początku odpowiedzialności przypada 29 lutego – ostatniego dnia lutego danego roku kalendarzowego.

42) **ROK OKRESU UBEZPIECZENIA** – 12-miesięczny okres (okresy), liczony od Dnia początku odpowiedzialności i odpowiednio od kolejnych Rocznic ubezpieczenia (Rok Okresu ubezpieczenia liczony jest w Miesiącach polisowych).

43) **SANATORIUM** – zakład lecznictwa, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska.

44) **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA (SKŁADKA)** – składka należna z tytułu Umowy ubezpieczenia, opłacana w walucie polskiej, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający.

45) **SPRZĘT REHABILITACYJNY** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.

46) **SZPITAL** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium danego państwa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta, dostępny dla Towarzystwa, dzienny rejestr medyczny. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa pojęcie Szpitala nie obejmuje:

a) szpitala psychiatrycznego,

b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej lub paliatywnej,

d) hospicjum, domu opieki,

e) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych, lub narkotykowych, lub alkoholowych.

47) **ŚWIADCZENIE** – świadczenie wyrażone w kwocie pieniężnej (suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego albo jej część) wypłacane przez Towarzystwo na podstawie Umowy ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego albo świadczenie niepieniężne realizowane przez Towarzystwo na podstawie Umowy ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

48) **ŚWIADCZENIE JEDNORAZOWE** – Świadczenie pieniężne wypłacane w formie jednorazowej wypłaty w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie:

a) na zakup leków w aptece,

b) za każdy rozpoczęty Pobyt na OIOM.

49) **ŚWIADCZENIE SANATORYJNE** – Świadczenie pieniężne wypłacane w formie jednorazowej wypłaty w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, w związku z pobytem Ubezpieczonego w Sanatorium.

50) **TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 28) Operację chirurgiczną, zawierające katalog Operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu Operacji chirurgicznej, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego. Tabela stanowi Załącznik nr 2 do OWU.

51) **TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ** – zestawienie stanów chorobowych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 38) Poważne zachorowanie. Tabela stanowi Załącznik nr 3 do OWU.

52) **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU** – trwałe, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwałe upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWU.

53) **UBEZPIECZENIE PODSTAWOWE** – indywidualne ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej, świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

54) **UBEZPIECZENIE DODATKOWE** – indywidualne ubezpieczenie dodatkowe wymienione w § 16, mogące stanowić rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

55) **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie mniej niż 65 lat i nie więcej niż 80 lat, której życie oraz zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie Umowy ubezpieczenia.

56) **UBEZPIECZAJĄCY** – Ubezpieczony zawierający Umowę ubezpieczenia zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

57) **UPOSAŻONY** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

58) **UPOSAŻONY ZASTĘPCZY** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne, zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 5.

59) **UMOWA UBEZPIECZENIA** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, zawarta między Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe albo Ubezpieczenie podstawowe i Ubezpieczenie dodatkowe.

60) **URAZ** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów wskutek działania czynnika zewnętrznego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba.

61) **WIEK** – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

62) **WYPADEK KOMUNIKACYJNY** – Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu, będący przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego i w którym osoba uczestnicząca, której dotyczy Zdarzenie ubezpieczeniowe była pasażerem Pojazdu lub kierującym Pojazdem lub pieszym.

63) **WYSTĄPIENIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA** – zdiagnozowanie po raz pierwszy w życiu Poważnego zachorowania.

64) **ZASIŁEK DZIENNY** – Świadczenie wypłacane za każdy dzień:

a) Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby,

b) Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

c) Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

65) **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę lub realizację Świadczenia.

66) **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE GOEA** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, w ramach Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA), polegające na:

a) Pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,

b) wystąpieniu w życiu Ubezpieczonego Pogorszenia się stanu zdrowia Małżonka/Partnera,

c) wystąpieniu jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 16 ust. 14 w przypadku Świadczenia, o którym mowa w § 16 ust. 14 pkt 4) lit b).

§ 2. Rodzaj i przedmiot ubezpieczenia oraz zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Celem Ubezpieczenia podstawowego oraz Ubezpieczeń dodatkowych jest świadczenie ochrony ubezpieczeniowej w Okresie ubezpieczenia zgodnie z Umową ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego obejmuje:
   1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
   2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający wskaże we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, że w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa ma się znajdować Choroba śmiertelna.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, zakres odpowiedzialności o którym mowa w ust. 3 może zostać rozszerzony o Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością w ramach Ubezpieczeń dodatkowych wskazanych w § 16. Przedmiot poszczególnych Ubezpieczeń dodatkowych oraz zakres odpowiedzialności jest określony w poszczególnych ustępach § 16.

§ 3. Rodzaje Świadczeń i ustalanie ich wysokości

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonym/Uposażonym zastępczym albo innym osobom uprawnionym, zgodnie z § 4 ust. 9, każdemu w odpowiedniej części, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień OWU.
2. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższe jednak niż 300 000 zł (słownie: trzysta tysięcy złotych), z zastrzeżeniem postanowień OWU. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego wcześniej Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.
4. W przypadku rozszerzenia odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenia dodatkowe wskazane w § 16, rodzaje Świadczeń i ustalanie ich wysokości w przypadku poszczególnych Ubezpieczeń dodatkowych są określone w tych postanowieniach § 16, które dotyczą Ubezpieczenia dodatkowego, o które następuje rozszerzenie odpowiedzialności.

§ 4. Zasady wskazywania Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych albo Uposażonych i Uposażonych zastępczych, a także może odwołać lub zmienić to wskazanie. Brak wskazania Uposażonego powoduje bezskuteczność wskazania Uposażonego zastępczego.
2. Ubezpieczony powinien określić udział każdego z Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych w kwocie Świadczenia, a suma udziałów oddzielnie dla Uposażonych i Uposażonych zastępczych powinna wynosić 100%.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych/Uposażonych zastępczych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym/Uposażonym zastępczym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
4. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego/Uposażonego zastępczego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Towarzystwa. Towarzystwo może uzgodnić inną niż pisemną formę wskazywania, zmiany lub odwołania Uposażonych/Uposażonych zastępczych lub Towarzystwo może udostępnić narzędzie lub formę obsługi umożliwiające taką akceptację wskazywania, zmiany lub odwołania Uposażonych/Uposażonych zastępczych.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
6. Wskazanie Uposażonego zastępczego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zastępczy zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub Uposażonego, albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci odpowiednio Ubezpieczonego lub Uposażonego.
7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych/Uposażonych zastępczych, a na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregokolwiek Uposażonego/Uposażonego zastępczego stało się bezskuteczne, wówczas przypadająca mu część Świadczenia zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym/Uposażonym zastępczym w proporcji wynikającej ze wskazania Ubezpieczonego.
8. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne, prawo do otrzymania Świadczenia przysługuje Uposażonym zastępczym, o ile zostali oni wskazani oraz na dzień śmierci Ubezpieczonego to wskazanie również nie stało się bezskuteczne.
9. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych ani Uposażonych zastępczych lub wskazanie wszystkich Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych stało się bezskuteczne, wówczas Świadczenie przysługuje poniżej wskazanym osobom w następującej kolejności:

   1) małżonek zmarłego,

   2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

   3) wnuki zmarłego,

   4) rodzice zmarłego,

   5) rodzeństwo zmarłego,

   6) dzieci rodzeństwa zmarłego,

   7) inni niż wskazani w pkt 1)-6) spadkobiercy Ubezpieczonego.

   Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności, pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to Świadczenie jest dzielone na równe części dla każdej z tych osób.

§ 5. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie lub w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – po upływie terminu na zgłoszenie sprzeciwu wobec wprowadzonych zmian, z zastrzeżeniem postanowień OWU, w szczególności dotyczących okresowych ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa w najwcześniejszym z następujących dni:
   1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
   2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
   3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat,
   4) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym upłynął termin dodatkowy na zapłatę Składki, o którym mowa w § 10 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenia dodatkowe wskazane w § 16, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w terminach wskazanych w tych postanowieniach § 16, które dotyczą Ubezpieczenia dodatkowego, o które nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności.

§ 6. Okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (Karencja)

1. W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. Jeżeli do dnia poprzedzającego Dzień początku odpowiedzialności Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej

umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji, zalicza się okres obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 3-4.

3. Jeżeli Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 2, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia przez okres:

   1) co najmniej równy okresowi Karencji, to z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

   2) krótszy niż okres Karencji, to:

      a) w okresie liczonym od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, stosuje się Karencję na zasadach ogólnych, co oznacza że Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które w tym okresie wystąpi,

      b) po upływie okresu określonego w lit. a), Towarzystwo wypłaci Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu Karencji, w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

4. Postanowienia ust. 2 i 3 mają zastosowanie, pod warunkiem że Ubezpieczony o którym mowa w ust. 2, ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niego nieprzerwana, w rozumieniu definicji Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia i Umowy ubezpieczenia.

5. W przypadku rozszerzenia odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenia dodatkowe wskazane w § 16, okresy Karencji i zasady stosowania w przypadku poszczególnych Ubezpieczeń dodatkowych są określone w tych postanowieniach § 16, które dotyczą Ubezpieczenia dodatkowego, o które nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności.

§ 7. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w następstwie lub spowodowane zostały lub nastąpiły na skutek:

   1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału w: aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

   2) popełnienia lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,

   3) samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Do okresu 2 lat zalicza się okres ponoszenia odpowiedzialności w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

   4) prowadzenia Pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

   5) prowadzenia Pojazdu w stanie Pozostawania pod wpływem alkoholu lub leków (z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza), środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:

      a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub

      b) nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających przez daną osobę, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub leków, środków odurzających nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

   6) chorobą lub zatruciem spowodowanym spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, chyba że choroba lub zatrucie spowodowane spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich Ubezpieczeń dodatkowych wskazanych w § 16, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, które zaszły w następstwie lub spowodowane zostały lub nastąpiły w wyniku lub w związku z:

   1) samookaleczeniem, okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności,

   2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem,

   3) Chorobami psychicznymi, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania,

   4) uzależnieniem od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,

   5) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,

   6) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera lub pilota lub personelu pokładowego licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

   7) uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka: sporty motorowe, sporty motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologia, wspinaczka wysokogórska, skałkowa z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki lub udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych lub regatach żeglarskich,

   8) Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi). Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:

      a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub

      b) nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub leków, środków odurzających nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich Ubezpieczeń dodatkowych wskazanych w § 16. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Nieszczęśliwy wypadek/Wypadek komunikacyjny zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w wyniku:

   1) uprawiania sportu w celach zarobkowych,

   2) nawykowego zwichnięcia stawów,

   3) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności.

§ 8. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ustalana jest na podstawie:

   1) wieku Ubezpieczonego,

   2) wysokości sum ubezpieczenia,

   3) długości okresu Karencji,

   4) zakresu ubezpieczenia,

   5) częstotliwości opłacania Składki.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki jest potwierdzona w Polisie.

§ 9. Zasady opłacania Składek

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty pierwszej Składki najpóźniej w terminie 14 dni od Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowej i prawidłowej zapłaty każdej kolejnej Składki, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, na rachunek wskazany w Polisie, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który jest należna.

3. Dniem zapłaty Składki jest dzień, w którym kwota tej Składki została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w należnej wysokości.

§ 10. Skutki niezapłacenia Składki

1. Brak zapłaty pierwszej Składki, w terminie 14 dni od Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie oznacza rezygnację Ubezpieczającego z zawartej Umowy ubezpieczenia z upływem tego terminu.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 w razie niezapłacenia Składki w pełnej wysokości należnej za dany okres do dnia w którym Składka była należna, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki w terminie dodatkowym 14 dni, podając skutki niezapłacenia Składki w tym terminie.

3. Jeżeli Składka nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 2, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym upłynął termin dodatkowy na zapłatę Składki, o którym mowa w ust. 2.

§ 11. Wypłata Świadczeń

1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wystąpić z roszczeniem:

   1) poprzez stronę internetową www.viennalife.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia, drogą elektroniczną w ramach portalu www, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.viennalife.pl, albo

   2) składając w Towarzystwie prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa (www.viennalife.pl) i w jego placówkach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia należy dołączyć:

   1) kopię dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli jest ona Uposażonym albo Uposażonym zastępczym albo uprawnionym,

   2) wypis z dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli jest ona Ubezpieczonym,

   3) w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia uzależnia wypłatę lub wysokość Świadczenia od informacji określonych w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia – dokument potwierdzający wysokości Świadczeń z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający zakończenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile dokumenty te nie zostały doręczone do Towarzystwa przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

   4) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:

      a) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

      b) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) oraz dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę, mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,

   5) w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku/Wypadku komunikacyjnego skutkującego Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

      a) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności Nieszczęśliwego wypadku/Wypadku komunikacyjnego lub w postępowaniu sądowym, o ile tego typu postępowania były prowadzone,

      b) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku/Wypadku komunikacyjnego, o ile został wydany,

      c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej (karta ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub historia choroby z przychodni) oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło pierwszej pomocy medycznej,

   6) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony,

   7) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

4. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczony powinien dodatkowo dołączyć dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, jednego lekarza specjalisty lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy.

5. W przypadku rozszerzenia odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenia dodatkowe wskazane w § 16, dokumenty jakie należy dołączyć do wniosku o wypłatę Świadczenia w przypadku poszczególnych Ubezpieczeń dodatkowych są określone w tych postanowieniach § 16, które dotyczą danego Ubezpieczenia dodatkowego.

6. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, ust. 4 oraz ust. 5 mogą być doręczone jako kopie; Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.

7. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

8. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów, uzasadniających wypłatę Świadczenia lub jego wysokość.

9. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

10. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Towarzystwa wniosku o wypłatę świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie, w powyższym terminie, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

11. Jeżeli w terminach wskazanych w ust. 10 Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

    1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

    2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,

    – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.

12. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określone w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

    1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

    2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,

    – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

13. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie zgłaszającej roszczenie lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia przez Towarzystwo ich zgodności z oryginałem.

14. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 13 Towarzystwo udostępnia na żądanie, w postaci elektronicznej.

15. Sposób:

    1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 13,

    2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 13 informacji,

    3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 13,

    – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 13.

16. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 13, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

17. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 13, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

18. Każda z osób, uprawnionych do wypłaty Świadczenia, składa wniosek o wypłatę Świadczenia w swoim imieniu.

§ 12. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń

1. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie siedziby i adresu korespondencyjnego.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3 oraz, o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie zawiadomienia, oświadczenia, wnioski składane przez strony i Ubezpieczonego w związku z Umową ubezpieczenia, powinny być dokonywane:

1) na piśmie i wysyłane listownie, lub

2) za pośrednictwem portalu Moja Vienna dostępnym wraz z regulaminem tego portalu pod adresem internetowym www.kontoklienta.viennalife.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej stronie internetowej, opisuje taką możliwość.

3. Za zgodą Ubezpieczającego, Uposażonego/Uposażonego zastępczego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa w związku z Umową ubezpieczenia mogą być składane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, stanowią inaczej.

4. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy, wskazanej w ust. 2 lub ust. 3 oraz zgody obu stron Umowy ubezpieczenia, o ile zmiany te nie są wymagane zmianą powszechnie obowiązujących przepisów prawa – w takim przypadku oświadczenie Towarzystwa o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia nie wymaga zgody Ubezpieczającego.

5. Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę Umowy ubezpieczenia.

6. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga jego zgody, z zastrzeżeniem ust. 4.

7. W przypadku dokonania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sum ubezpieczenia lub wysokości Składki, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

8. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane na stronie internetowej Towarzystwa www.viennalife.pl, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

9. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 13. Okres trwania Umowy ubezpieczenia

1. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą, doręczaną Ubezpieczającemu.

2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku (rok liczony jest w Miesiącach polisowych).

3. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny okres na jaki została zawarta, na takich samych warunkach, jeżeli w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż 1 miesiąc przed Rocznicą ubezpieczenia, żadna ze stron tj. Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złoży oświadczenia o braku zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia.

4. Nie później niż 1 miesiąc przed Rocznicą ubezpieczenia Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.

5. W przypadku:

   1) złożenia przez którąkolwiek ze stron Umowy ubezpieczenia oświadczenia o braku zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, lub

   2) nieprzyjęcia przez Ubezpieczającego zaproponowanych zgodnie z ust. 4 zmienionych warunków Umowy ubezpieczenia,

   Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy ubezpieczenia, w którym nastąpiło złożenie oświadczenia w zakresie wskazanym w pkt 1) lub 2).

§ 14. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia, odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego.

2. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Towarzystwa.

3. Okres wypowiedzenia kończy się w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, nie później jednak niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

4. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, w tym za okres wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

5. Po zakończeniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

6. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, w drodze doręczenia do Towarzystwa na adres jego siedziby pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

7. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 14 dni od daty doręczenia do Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

8. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 7, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Towarzystwa na adres jego siedziby przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

9. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 15. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

   1) w dniu doręczenia do Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia,

   2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia – na skutek wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia,

   3) z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia była zawarta albo przedłużona, jeżeli Towarzystwo lub Ubezpieczający złoży drugiej stronie oświadczenie o braku zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny okres, o którym mowa w § 13 ust. 3 lub Ubezpieczający nie przyjmie zaproponowanych przez Towarzystwo zmienionych warunków przedłużenia Umowy ubezpieczenia, o których mowa w § 13 ust. 4,

   4) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym upłynął dodatkowy termin zapłaty Składki w pełnej wysokości należnej za ten okres – w sytuacji określonej w § 10 ust. 3,

   5) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

§ 16. Ubezpieczenia dodatkowe

1. **Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWK).**

   1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.

   2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia.

   3) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4), Towarzystwo wypłaci Uposażonym/Uposażonym zastępczym albo innym osobom uprawnionym zgodnie z § 4 ust. 9, każdemu w odpowiedniej części, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego.

   4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

      a) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

      b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

   5) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11.

   6) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

      a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

      b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

      c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

2. **Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNW).**

   1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.

   2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

   3) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4), Towarzystwo wypłaci Uposażonym/Uposażonym zastępczym albo innym osobom uprawnionym zgodnie z § 4 ust. 9, każdemu w odpowiedniej części, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia

z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

   a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

   b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

5) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11.

6) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

3. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GTU).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-6), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

   a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

   b) Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w Okresie ubezpieczenia.

5) Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

6) W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

7) Wypłata świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 8) – 11).

8) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz:

   a) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

   b) kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

9) Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

   a) suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

   b) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z Tabelą oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu (Załącznik nr 1 do OWU).

   Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

10) Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

11) Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

12) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

4. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Lekkich obrażeń ciała (GUR).

1) Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GTU).

2) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

3) Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Lekkich obrażeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

4) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Lekkich obrażeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 5)-6), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

5) Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

   a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Lekkich obrażeń ciała, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

   b) Lekkie obrażenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiły w Okresie ubezpieczenia.

6) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty maksymalnie trzech Świadczeń w każdym Roku Okresu ubezpieczenia z tytułu Lekkich obrażeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, niezależnie od liczby Lekkich obrażeń ciała mających miejsce w każdym Roku Okresu ubezpieczenia.

7) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 8).

8) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11, ust. 3 oraz:

   a) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania Lekkich obrażeń ciała Ubezpieczonego,

   b) dokument potwierdzający, że Lekkie obrażenia ciała spowodowane były Nieszczęśliwym wypadkiem:

      i) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

      ii) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej.

9) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

5. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Poważnego zachorowania (GPZ3).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenie dodatkowe dotyczy wariantu max ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzonego w Polisie.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w wariancie max obejmuje Wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z Poważnych zachorowań w Okresie ubezpieczenia, o których mowa w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 3 do OWU.

3) W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego jednego z Poważnych zachorowań objętych zakresem odpowiedzialności w wariancie max, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-7), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie,

aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

4) W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 3 miesiące. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.

5) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

6) W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Świadczenie nie zostanie wypłacone, chyba że Poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Poważnym zachorowaniem, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

7) W przypadku Zawału serca i Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregokolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

8) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 9) – 10).

9) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, następujące dokumenty potwierdzające jego wystąpienie:

Poważne zachorowanie	**Dokumenty potwierdzające Wystąpienie Poważnego zachorowania**
Niewydolność nerek	dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki
Operacja aorty	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
Przeszczep narządu	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
Udar mózgu	dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych utrzymujących się przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego
Operacja wszczepienia zastawki serca	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
Zawał serca	dokumentacja medyczna potwierdzająca objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego m.in. ból w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium
Utrata mowy	opinia lekarza laryngologa stwierdzająca Utratę mowy wraz z dokumentacją medyczną
Utrata słuchu	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, badanie audiometryczne, badanie słuchowych potencjałów wywołanych
Utrata wzroku	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, badanie ostrości wzroku, badanie pola widzenia, badanie wzrokowych potencjałów wywołanych
Łagodny nowotwór mózgu	opinia lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę (na żądanie Towarzystwa) oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań histopatologicznych lub obrazowych mózgu
Nowotwór złośliwy	dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego
Ciężkie oparzenia	opinia lekarza specjalisty chirurgii zawierająca opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentacja leczenia
Stwardnienie rozsiane	opinia lekarza neurologa potwierdzająca diagnozę i dająca podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem, że opinia powinna być wydana nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania oraz wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji
Śpiączka	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem i potwierdzeniem wystąpienia trwałych deficytów neurologicznych, potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki
Transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV	- dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa, - opinia lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzająca, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana, - dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi, - prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi
Zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV	- dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa, - opinia lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzająca, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana, - prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych
Paraliż	dokumentacja medyczna z wynikiem badania neurologicznego określającym stopień siły mięśniowej kończyn wg Lovette'a
Anemia aplastyczna	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, wynikami badań w tym wynikiem trepanobiopsji szpiku i przebiegiem leczenia
Choroba Creutzfelda-Jakoba	dokumentacja medyczna potwierdzająca Wystąpienie Poważnego zachorowania
Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	dokumentacja medyczna potwierdzająca Wystąpienie Poważnego zachorowania
Utrata kończyn	dokumentacja medyczna potwierdzająca Wystąpienie Poważnego zachorowania
Ciężki uraz głowy	opinia neurologa lub neurochirurga potwierdzająca trwałą niezdolność do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego

Sepsa	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem
Choroba Leśniowskiego-Crohna	opinia lekarza gastrologa, stwierdzająca diagnozę Choroby Leśniowskiego-Crohna oraz dokumentacja medyczna
Dystrofia mięśniowa	opinia lekarza neurologa, stwierdzająca Wystąpienie Poważnego zachorowania oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki laboratoryjne, biopsja mięśnia i elektromiografia (EMG)
Postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	opinia lekarza reumatologa lub dermatologa stwierdzająca diagnozę wraz z wynikami biopsji i badań serologicznych
Zapalenie mózgu	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem i potwierdzeniem wystąpienia trwałych deficytów neurologicznych
Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem i potwierdzeniem wystąpienia trwałych deficytów neurologicznych
Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem i potwierdzeniem wystąpienia trwałych deficytów neurologicznych, wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego
Bąblowiec mózgu	dokumentacja medyczna stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna
Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie	karta informacyjna pobytu szpitalnego z rozpoznaniem, opis operacji i wynik badania histopatologicznego
Choroba neuronu ruchowego	opinia lekarza neurologa stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna
Pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne)	karta informacyjna pobytu szpitalnego z rozpoznaniem, wynik cewnikowania tętnicy płucnej zawierający następujące parametry: średnie ciśnienie w tętnicy płucnej, ciśnienie zaklinowania, naczyniowy opór płucny
Ostra niewydolność wątroby	karta informacyjna pobytu szpitalnego z rozpoznaniem i epikryzą, w której jest mowa o encefalopatii/zaburzeniach świadomości, poziom bilirubiny, INR
Ropień mózgu	dokumentacja medyczna stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna, w tym wynik badania histopatologicznego, badania tomografii komputerowej z kontrastem lub rezonansu magnetycznego z kontrastem, potwierdzenie wykonania operacyjnego otwarcia czaszki (kraniotomia)
Wirusowe zapalenie mózgu	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem i potwierdzeniem wystąpienia trwałych deficytów neurologicznych
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem i określeniem rozległości choroby, wynik badania histopatologicznego wycinków śluzówki jelita pobranych podczas endoskopii jelita grubego
Zakażona martwica trzustki	karta informacyjna pobytu szpitalnego z rozpoznaniem, wynik badania tomografii komputerowej z kontrastem albo wynik biopsji cienkoigłowej albo dodatni wynik badania mikrobiologicznego, opis operacji
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (dawniej ziarniniakowatość Wegenera)	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, wynik badania moczu, wynik RTG płuc, wyniki badań histopatologicznych pobranych bioptatów
Cholera	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wynik potwierdzający obecność przecinkowców cholery w kale
Dur brzuszny	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wynik potwierdzający obecność pałeczek Salmonella typhi w kale, krwi lub moczu
Gorączka denga	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wynik testu PCR potwierdzający obecność wirusa lub wynik hodowli komórkowej potwierdzający obecność wirusa
Gorączka zachodniego Nilu	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wyniki badań serologicznych (test ELISA lub immunofluorescencja pośrednia)
Malaria	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, potwierdzenie obecności pierwotniaków w preparacie krwi wykonanym metodą grubej kropli i zabarwionym odczynnikiem Giemzy
Schistosomatoza (bilharcjoza)	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wyniki badań serologicznych (test ELISA lub immunofluorescencja pośrednia), wynik potwierdzający wykrycie jaj pasożytów w kale lub moczu
Tężec	opinia lekarza stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna
Wścieklizna	rozpoznanie w wywiadzie epidemiologicznym oraz dokumentacja medyczna
Zgorzel gazowa	dokumentacja medyczna stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna, w tym wynik badania płynu wysiękowego z rany lub krwi
Żółta gorączka	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wynik testu PCR potwierdzający obecność wirusa lub wynik hodowli komórkowej potwierdzający obecność wirusa, poziom bilirubiny, liczba leukocytów, poziom transaminaz
Schyłkowa niewydolność oddechowa	opinia lekarza pulmonologa stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna
Schyłkowa niewydolność wątroby	opinia lekarza hepatologa stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna
Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, opis operacji
Łagodny (niezłośliwy) nowotwór rdzenia kręgowego (niezłośliwy guz kanału kręgowego)	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, opisem powikłań, wyniki badań obrazowych
Odkleszczowe zapalenie mózgu	dokumentacja medyczna z rozpoznaniem, kodem ICD-10, wyniki badań serologicznych krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, potwierdzeniem wystąpienia trwałych deficytów neurologicznych

10) Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia lub u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

11) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

6. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GOCN).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Operację chirurgiczną Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-8), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli Operacji chirurgicznych stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU odpowiedniej części sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Operacji chirurgicznej.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej miał miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz Operacja chirurgiczna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w Okresie ubezpieczenia.

5) Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia, niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych mających miejsce w tym Roku Okresu ubezpieczenia.

6) Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli Operacji chirurgicznych stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych.

7) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu drugiej lub kolejnej Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, chyba że ta Operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

8) Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych mających miejsce w czasie jednego nieprzerwanego pobytu na oddziale zabiegowym Szpitala lub przychodni przyszpitalnej, ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za Operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe Świadczenie.

9) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 10) – 11).

10) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) – w przypadku Operacji chirurgicznej przeprowadzonej w Szpitalu lub dokumentację medyczną potwierdzającą przeprowadzenie Operacji chirurgicznej – w przypadku Operacji chirurgicznej przeprowadzonej w przychodni przyszpitalnej.

11) Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

a) suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

b) wartości procentowe określone w Tabeli Operacji chirurgicznych stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU.

Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli Operacji chirurgicznych przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

12) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

7. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-7), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci Zasiłku dziennego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień pierwszego pełnego dnia Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy pełny dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 7),

c) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 pełny dzień.

5) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:

c) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,

d) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

e) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością.

6) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 180 pełnych dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 7).

7) Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku Okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za liczbę dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku określoną w pkt 6), a Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt 6) w ostatnim Roku Okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te pełne dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitu określonego w pkt 6).

8) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 9).

9) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

10) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

c) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

d) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

e) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

8. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby (GPOP1).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1)-5), 8) oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-8), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci Zasiłku dziennego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień pierwszego pełnego dnia Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, za każdy pełny dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3) zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

c) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 8),

d) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 pełne dni.

5) W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 3 miesiące. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.

6) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:

a) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,

b) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

c) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,

d) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącym chorobą zawodową.

7) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 180 pełnych dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 8).

8) Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku Okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za liczbę dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby określoną w pkt 7), a Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby, o którym mowa w pkt 7) w ostatnim Roku Okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te pełne dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitu określonego w pkt 7).

9) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 10).

10) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

11) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

9. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Pobytu na OIOM (GOIOM).

1) Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby (GPOP1) oraz z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2).

2) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia.

4) W przypadku Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 5)-8), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci Świadczenia jednorazowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy pełny dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

5) W przypadku Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu na OIOM Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

c) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 pełny dzień.

6) W przypadku Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Choroby miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 pełne dni.

7) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:

a) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,

b) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącym chorobą zawodową.

8) W Ubezpieczeniu dodatkowym w przypadku Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w następstwie Choroby okres Karencji wynosi 3 miesiące. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.

9) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 11).

10) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

11) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

10. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPRN).

1) Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2).

2) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Rekonwalescencję po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

4) W przypadku Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 5)-9), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci Zasiłku dziennego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

5) W przypadku Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 10 pełnych dni,

c) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

6) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja, miał miejsce w następstwie lub w związku z:

a) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,

b) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,

c) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

7) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danej Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 pełnych dni danej Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

8) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie za nie więcej niż 90 pełnych dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia.

9) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 10).

10) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz:

a) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

b) kopię zwolnienia lekarskiego.

11) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

11. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek świadczenia aptecznego (GPSA).

1) Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby (GPOP1) oraz z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2).

2) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje konieczność zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia.

4) W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 5)-10), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie jednorazowe, w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy pełny dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

5) W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia, Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 pełny dzień,

c) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

6) W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

a) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

b) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał co najmniej 4 pełne dni.

7) W Ubezpieczeniu dodatkowym w przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków w aptece po Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby okres Karencji wynosi 3 miesiące. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.

8) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:

a) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,

b) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

c) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,

d) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącym chorobą zawodową.

9) Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 3 razy w danym Roku Okresu ubezpieczenia.

10) Z tytułu danego Pobytu w Szpitalu odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia.

11) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 12).

12) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

13) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

12. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek pobytu w Sanatorium (GSS).

1) Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Choroby (GPOP1) oraz z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2).

2) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia.

4) W przypadku pobytu w Sanatorium Ubezpieczonego, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 5)-9), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie sanatoryjne, w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy pełny dzień pobytu w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

5) Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

a) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia,

b) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni,

c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w Sanatorium Ubezpieczonego miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

d) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Choroby, był wynikiem Choroby zdiagnozowanej w Okresie ubezpieczenia oraz skutkującej Pobytem w Szpitalu mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia,

e) pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego jest realizowany na podstawie skierowania/orzeczenia na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową potwierdzonego przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

6) W Ubezpieczeniu dodatkowym w przypadku pobytu w Sanatorium Ubezpieczonego w następstwie Choroby okres Karencji wynosi 6 miesięcy. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.

7) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością.

8) Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 1 raz w danym Roku Okresu ubezpieczenia.

9) W przypadku dwóch lub więcej pobytów w Sanatorium Ubezpieczonego w związku z tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia.

10) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 11).

11) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz:

a) potwierdzone przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skierowanie/orzeczenie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową Ubezpieczonego,

b) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w Sanatorium Ubezpieczonego albo Chorobą a pobytem w Sanatorium Ubezpieczonego,

c) karta informacyjna z pobytu w Sanatorium.

12) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

13. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNPW).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

5) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 6).

6) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wskazane w § 11 ust. 3 oraz:

   a) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,

   b) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało albo zostały wydane,

   c) dokument potwierdzający, że Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem:

      i) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

      ii) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej.

7) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

   c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

   d) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

14. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA).

1) Zakres Świadczeń ochrony ubezpieczeniowej określony jest w Załączniku nr 4 do OWU.

2) Świadczenia assistance realizowane są przez Centrum operacyjne.

3) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA z zastrzeżeniem, że w przypadku niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego za Małżonka uważa się również Partnera.

4) Zakres ubezpieczenia obejmuje:

   a) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA,

   b) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,

   c) zdrowotne usługi informacyjne,

   d) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa,

   e) infolinia kardiologiczna.

5) Ubezpieczenie dodatkowe obowiązuje jedynie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

6) Towarzystwo spełni Świadczenie wskazane w pkt 4), jedynie w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe GOEA miało miejsce w następstwie:

   a) choroby (rozumianej jako: potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego), której pierwsze objawy wystąpiły w Okresie ubezpieczenia lub która została po raz pierwszy zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub

   b) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

7) Świadczenia przysługujące w ramach ubezpieczenia oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w Załączniku nr 4 do OWU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe GOEA mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych GOEA.

8) W ramach Świadczeń, o których mowa w pkt 4) lit a, Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w pkt 7), z zastrzeżeniem że usługi wymienione w Załączniku nr 4 w wierszach 1)-13) świadczone są do łącznej kwoty 1 700 zł (słownie: tysiąc siedemset złotych) w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA:

   a) wizyta lekarza po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci:

      i) organizacji i pokrycia kosztów wizyt lekarza pierwszego kontaktu dla odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka w Placówce medycznej, albo

      ii) w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do Miejsca zamieszkania,

   b) wizyta lekarza specjalisty w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia Choroby Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci:

      i) organizacji i pokrycia kosztów wizyt lekarskich odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka w specjalistycznej Placówce medycznej, albo

      ii) organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do Miejsca zamieszkania.

      W przypadku wystąpienia choroby odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednego Świadczenia w ciągu Roku Okresu ubezpieczenia,

   c) wizyta pielęgniarki po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca zamieszkania, o ile w wyniku Nieszczęśliwego wypadku okres Hospitalizacji odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka trwał co najmniej 6 dni,

   d) dostarczenie do Miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza dla odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka, do Miejsca zamieszkania, o ile w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia.

   e) organizacja procesu rehabilitacyjnego – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci:

      i) organizacji oraz pokrycia kosztów wizyt fizykoterapeuty dla odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka, w Miejscu zamieszkania, albo

      ii) organizacji i pokrycia kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej dla odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka. Przez poradnię rehabilitacyjną należy rozumieć taką Placówkę medyczną wskazaną przez Centrum operacyjne, w której Ubezpieczony lub Małżonek ma możliwość skorzystania z usług fizykoterapeuty.

   f) organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA Ubezpieczony lub Małżonek zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać Sprzętu rehabilitacyjnego w Miejscu zamieszkania, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci udzielenia informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny oraz zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania.

   g) transport medyczny z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA stan zdrowia Ubezpieczonego lub Małżonka będzie wymagał pobytu w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci zorganizowania transportu medycznego odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego.

   h) transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania – w przypadku, gdy w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA Ubezpieczony lub Małżonek przebywają w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania.

   i) transport medyczny z Placówki medycznej do Placówki medycznej – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub gdy odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny

w innej Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka do Placówki medycznej, wskazanej przez Ubezpieczonego.

j) opieka nad Osobami niesamodzielnymi – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek przebywa w Szpitalu, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji i pokryciu kosztów opieki nad Osobami niesamodzielnymi w Miejscu zamieszkania.

k) opieka nad zwierzętami (psem lub kotem) – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek podlega Hospitalizacji przez okres trwający co najmniej 3 dni, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztu przewozu psa lub kota do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrycia kosztu opieki w tej placówce przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA.

l) pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA okres Hospitalizacji odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka trwał dłużej niż 7 dni, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji i pokrycia kosztów Pomocy domowej po zakończonej Hospitalizacji odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka, jeżeli odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.

m) konsultacja laryngologa – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji laryngologa odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka, jeżeli lekarz prowadzący wystawi Ubezpieczonemu lub Małżonkowi skierowanie do lekarza laryngologa.

9) W ramach Świadczeń, o których mowa w pkt 4) lit b), Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji z psychologiem odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka, w przypadku wystąpienia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:

a) śmierć Małżonka Ubezpieczonego,

b) śmierć dziecka Ubezpieczonego,

c) śmierć rodzica,

d) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł (słownie: pięćset złotych) na Zdarzenie ubezpieczeniowe GOEA.

10) Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego przekroczy kwotowy limit kosztów określony w punktach powyżej, usługa może być wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

11) W ramach świadczeń, o których mowa w pkt 4) lit c), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio: Ubezpieczonemu lub Małżonkowi, na następujące tematy:

a) państwowe i prywatne placówki służby zdrowia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA, do których doszło poza Miejscem zamieszkania,

b) działanie leków, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami,

c) placówki medyczne prowadzące zabiegi rehabilitacyjne,

d) placówki handlowe oferujące Sprzęt rehabilitacyjny,

e) informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych,

f) dieta i zdrowe odżywianie.

12) Ponadto w ramach Świadczenia, o którym mowa pkt 8) lit g), Towarzystwo gwarantuje dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli odpowiednio: Ubezpieczonemu lub Małżonkowi ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

13) W ramach Świadczeń, o których mowa w pkt 4) lit d), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i przystosowania dla niego lub Małżonka, miejsca pracy, tj. modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doznali Inwalidztwa. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Ubezpieczonego.

14) W ramach Świadczenia, o którym mowa ust. 4 pkt e), Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi dostęp do infolinii kardiologicznej, w przypadku gdy, odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek podlegał Hospitalizacji związanej z leczeniem lub diagnostyką chorób serca i układu krążenia przez okres trwający co najmniej 4 dni, która to infolinia udziela informacji na temat:

a) danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,

b) danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,

c) danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,

d) danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),

e) danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,

f) danych placówek opieki społecznej,

g) informacji o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,

h) informacji farmaceutycznej o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,

i) informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,

j) informacji o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń,

k) informacji o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,

l) instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych.

15) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe GOEA nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w § 16 ust. 14 OWU i nie obejmuje:

a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,

b) Świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,

c) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem pkt 21),

d) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),

e) kosztów wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie),

f) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

i) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych zarówno bez uzgodnienia z Centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z Centrum operacyjnym, helioterapii,

ii) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu,

iii) Chorób psychicznych,

iv) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy Kodeks Karny,

v) uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka: sporty motorowe, sporty motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologia, wspinaczka wysokogórska, skałkowa z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki lub udział odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych lub regatach żeglarskich,

vi) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

vii) poddania się leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,

viii) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

ix) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),

x) Chorób przewlekłych.

16) Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe GOEA, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawaniem przez odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy osoba, której dotyczy Zdarzenie ubezpieczeniowe tj. odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA Pozostawała pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, a w dokumentacji dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA.

17) W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do Świadczeń wynikających z niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

18) Osoba kontaktująca się z Centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

a) imię i nazwisko,

b) adres zamieszkania,

c) numer Polisy,

d) Okres ubezpieczenia,

e) krótki opis Zdarzenia ubezpieczeniowego GOEA o którym mowa w pkt 3) i rodzaju koniecznej pomocy,

f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

g) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

19) Ubezpieczony jest zobowiązany na wniosek Centrum operacyjnego do dostarczenia dodatkowych dokumentów, o ile są one niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

20) W przypadku, gdy Ubezpieczony, nie wypełni obowiązków określonych w pkt 18)–20), Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia Świadczenia.

21) W sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty, ale w wysokości nie wyższej niż w przypadku spełnienia określonych Świadczeń przez Towarzystwo. Postanowienia, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pod warunkiem, że Ubezpieczony skontaktuje się z Centrum operacyjnym w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia ustania przyczyny uniemożliwiającej skontaktowania się z Centrum operacyjnym.

22) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) śmierci Ubezpieczonego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

15. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek Dolegliwości zdrowotnej (Ekspercka Opinia Medyczna) (GEOM).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z pkt 5) oraz z zachowaniem postanowień pkt 4), 6)-7), Towarzystwo spełni Świadczenie, wydając i przekazując Ubezpieczonemu Ekspercką Opinię Medyczną (EOM), obejmującą:

a) weryfikację diagnozy postawionej przez Lekarza w Polsce (jeśli była postawiona),

b) weryfikację planu leczenia zaleconego przez Lekarza w Polsce (jeśli był zalecony),

c) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej Dolegliwości zdrowotnej,

d) propozycję optymalnego planu leczenia,

e) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,

f) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym Ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),

g) w przypadkach uzasadnionych EOM – Asysta prawna.

4) Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.

5) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Dolegliwość zdrowotna wystąpiła w okresie pierwszych 2 miesięcy Okresu ubezpieczenia.

6) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch Świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM dla Ubezpieczonego w każdym Roku Okresu ubezpieczenia.

7) Stopień kompletności Eksperckiej Opinii Medycznej zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.

8) Towarzystwo spełnia Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 11 i w terminie 14 dni od dnia wypełnienia i wysłania internetowego formularza zgłoszenia roszczenia, o którym mowa w pkt 11), z zastrzeżeniem pkt 9)-12).

9) W celu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem.

10) Podczas rozmowy telefonicznej, pracownik Towarzystwa:

a) potwierdzi tożsamość Ubezpieczonego,

b) zarejestruje zgłoszenie roszczenia,

c) wskaże Ubezpieczonemu adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia.

11) Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim. Koszt tłumaczenia dostarczonych przez Ubezpieczonego dokumentów na język, którym posługuje się lekarz z Instytucji medycznej, pokrywa Towarzystwo):

a) rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,

b) informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,

c) krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.

12) Ekspercka Opinia Medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, w języku polskim, na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.

13) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

16. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWKM).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-5), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego będącego przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
   a) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
   b) śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.
5) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.
6) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 7).
7) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz:
   a) odpis skrócony aktu zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera,
   b) odpowiednio odpis skrócony aktu małżeństwa albo dokumenty uprawdopodabniające fakt pozostawania w stałym związku z Ubezpieczonym, zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 30),
   c) kartę zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.
8) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

17. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GWN).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2) Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.
3) W przypadku wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-5), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera.
4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
   a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
   b) śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.
5) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.
6) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 7).
7) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz:
   a) odpis skrócony aktu zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera,
   b) odpowiednio odpis skrócony aktu małżeństwa albo dokumenty uprawdopodabniające fakt pozostawania w stałym związku z Ubezpieczonym, zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 30),
   c) kartę zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.
8) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 81 lat.

18. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca (GNZM).

1) Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera (GZW).
2) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca.
3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca w Okresie ubezpieczenia.
4) W przypadku wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1)-2), 4)-5), 7)-8) oraz z zachowaniem postanowień pkt 5)-6), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca będącego przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera.
5) Świadczenie, o którym mowa w pkt 4), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
   a) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
   b) śmierć Małżonka albo Partnera w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.
6) W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.
7) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 8).
8) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz:
   a) odpis skrócony aktu zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera,
   b) odpowiednio odpis skrócony aktu małżeństwa albo dokumenty uprawdopodabniające fakt pozostawania w stałym związku z Ubezpieczonym, zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 30),
   c) w przypadku śmierci w następstwie Udaru mózgu - dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, oraz protokół badania sekcyjnego, o ile badanie zostało wykonane,
   d) w przypadku śmierci w następstwie Zawału serca:
      i) dokumentację medyczną potwierdzającą objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego m.in. ból w klatce piersiowej,
      ii) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
      iii) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
      iv) protokół badania sekcyjnego, o ile badanie zostało wykonane.
9) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

19. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera (GZW).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera.
2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w Okresie ubezpieczenia.
3) W przypadku wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka albo Partnera, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-5), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka albo Partnera.
4) W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy. Postanowienia § 6 ust. 2-4 stosuje się.
5) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.
6) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 7).

7) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz:

   a) odpis skrócony aktu zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera,

   b) odpowiednio odpis skrócony aktu małżeństwa albo dokumenty uprawdopodabniające fakt pozostawania w stałym związku z Ubezpieczonym, zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 30),

   c) kartę zgonu odpowiednio: Małżonka albo Partnera z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu – na żądanie Towarzystwa.

8) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

20. Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GZDNWBW).

1) Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia.

3) W przypadku wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli nastąpiło w związku lub spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio którąkolwiek z przyczyn określonych w § 7 ust. 1 i ust. 2 pkt 1), 3), 6)-8) i ust. 3 oraz z zachowaniem postanowień pkt 4)-5), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka.

4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3), zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

   a) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Dziecka bez względu na wiek Dziecka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

   b) śmierć Dziecka bez względu na wiek Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

5) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka bez względu na wiek Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

6) Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 11, z zastrzeżeniem pkt 7).

7) Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w § 11 ust. 3 oraz:

   a) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka,

   b) kartę zgonu Dziecka z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) oraz dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu, o ile takie postępowanie było prowadzone.

8) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

   a) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

   b) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

   c) w ostatnim dniu Roku okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 17. Reklamacje i skargi

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.

3. Reklamacja może być złożona:

1) na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,

2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,

3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,

4) w postaci elektronicznej na adres e–mail reklamacje@viennalife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.

4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedzi na reklamacje są udzielane w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, uprawnionych z Umowy ubezpieczenia oraz spadkobierców posiadających interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego, będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy o prawach konsumenta.

6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację; niewykonania czynności wynikających z reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

7. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia, będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: https://rf.gov.pl).

8. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wolą skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

9. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwia dochodzenie roszczeń, wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (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), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to kontakt@viennalife.pl.

§ 18. Pozostałe postanowienia umowne

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

2. Na dzień wprowadzenia do obrotu OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych,

2) ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

3. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

4. Towarzystwo na stronie internetowej www.viennalife.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

5. Towarzystwo nie świadczy ochrony, ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.
6. Powództwo o roszczenia, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla adresu siedziby Towarzystwa), albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego (spadkobiercy Ubezpieczonego) lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia (spadkobiercy uprawnionego).
7. W przypadku rozszerzenia odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenia dodatkowe wskazane w poszczególnych ustępach § 16, postanowienia OWU stosuje się w zakresie, w jakim postanowienia poszczególnych Ubezpieczeń dodatkowych określone w tych ustępach nie regulują danej kwestii.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 1 – Tabela oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu

RODZAJ USZKODZEŃ CIAŁA	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. USZKODZENIA GŁOWY		
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych – wymagające szycia):		
a) uszkodzenia powłok czaszki – blizny do 5 cm długości	1	
b) uszkodzenia powłok czaszki blizny powyżej 5 cm długości – 10 cm długości	2	
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn – w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm długości	5	
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy	8	
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni – powyżej 10 cm średnicy	10-20	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)	1-7	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy do 2,5 cm	2	
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm	5	
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm	8	
d) o średnicy powyżej 10 cm	9-15	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz.1), należy osobno oceniać stopień Trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i 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, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	1-10	
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 połowiczy lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy 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 Lovette'a	P	L
0°	40	30
1 – 2°	30-35	20-25
3° – 4°	5-20	5-15
kończyna dolna – wg skali Lovette'a		
0°	40	
1 – 2°	30	
3° – 4°	5-15	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60	
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10	
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):		
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30-40	
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-30	
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20	
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10	
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9 poniżej.		
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100	
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60	
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25	
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).		
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:		
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1	
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość- objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5	
11. Zaburzenia mowy:		
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	70	
b) afazja całkowita motoryczna	35-50	
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30	
d) afazja nieznacznego stopnia	1-10	
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):		
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40	
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15	
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		
a) nerwu okoruchowego	2-10	
b) nerwu bloczkowego	2	
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	2-5	
14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:		
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9	
b) całkowite	10	
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:		
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9	
b) całkowite	10	
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49 poniżej.		
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:		
a) jednostronne	5	
b) obustronne	15	
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:		
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9	

b) całkowite	10
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	1-9
B. USZKODZENIA TWARZY	
20. Uszkodzenia powłok twarzy – rany wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpecenia):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm^2 powierzchni)	1
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni)	3
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni)	5
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5
22. Całkowita utrata zęba stałego:	
a) siekacza lub kła – za każdy ząb	2
b) pozostałych zębów	1
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8–10
b) całkowita	30
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-20
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	21-30
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	4-10
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	11-30
d) całkowita utrata języka	40
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
27. a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu Trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:	

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	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
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	75
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	40
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg tabeli z poz. 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	wg tabeli z poz. 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 poz. 27a
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:	

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie 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	20-50
b) dwunosowe	10-20
c) jednoimienne	20
34. Bezsoczewkowatość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
a) w jednym oku	20
b) w obu oczach	35
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a) w jednym oku	wg tabeli z poz. 27a
b) w obu oczach	
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):	
a) w jednym oku	1-8
b) w obu oczach	5-12

37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.	
38. Jaskra – ogólny procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z poz. 27a i 32
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:	
a) jednostronny	30
b) obustronny	60
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej	wg tabeli z poz. 27a
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:	
a) zmiany niewielkie	2
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki	wg tabeli z poz. 27a

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego Trwałego 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 Trwałego 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) rany małżowiny usznej – wymagające szycia	1
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)	2-5
c) utrata jednej małżowiny	15
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):	
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z poz. 42
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):	
a) jednostronne	1-5
b) obustronne	6-10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):	
a) jednostronne	5-10
b) obustronne	11-20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)	wg tabeli z poz. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b) dwustronne	20-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5
b) znaczne upośledzenie połykania lub artykulacji	6–15
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5–20
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	15-40
b) z bezgłosem	50
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1–10
b) z niewydolnością oddechową – potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11–50
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–20
b) odżywianie tylko płynami	21-40
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1
b) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm^2) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 88 poniżej.	

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm2) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9
b) całkowita	10-20
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1
b) złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	2-5
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	3-5
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc:	20-40
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5
b) z objawami niewydolności układu krążenia – I stopień wg NYHA	10

c) z objawami niewydolności układu krążenia – II stopień wg NYHA	20
d) z objawami niewydolności układu krążenia – III stopień wg NYHA	21-30
e) z objawami niewydolności układu krążenia – IV stopień wg NYHA	31-60
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji – po leczeniu operacyjnym	4
b) zaburzenia średniego stopnia	8
c) zaburzenia dużego stopnia – z niewydolnością oddechową	15
G. USZKODZENIE BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.):	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości, przepukliny pourazowe	4
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	20
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40
b) jelita grubego	30
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	3-10
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie leczone operacyjnie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
b) utrata u osób powyżej 18. roku życia	10
c) utrata u osób poniżej 18. roku życia	15
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych – utrata pęcherzyka żółciowego	5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – leczone operacyjnie)	5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	10-40
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) – potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20
80. Utrata prącia	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3-15
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50. roku życia	15
b) utrata w wieku po 50. roku życia	10
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50. roku życia	30
b) utrata w wieku po 50. roku życia	20
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35
b) w wieku powyżej 45 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5
b) pochwy i macicy	15
I. OSTRE ZATRUCIE GAZAMI, SUBSTANCJAMI CHEMICZNYMI	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15°)	3-5
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:	

a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztywnieniem (usztywnienia operacyjne)	6-10
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:	
a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2
b) złamania mnogie wyrostków	3-5
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	50-70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	20-40
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	80
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	40-60
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	10-20
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5
K. USZKODZENIA MIEDNICY	
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a) leczone zachowawczo	3-5
b) leczone operacyjnie	6-10
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5
b) w odcinku przednim obustronnie	8
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) z przemieszczeniem – leczone operacyjnie	15
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):	
a) I stopnia	4-6
b) II stopnia	7-10
c) III stopnia	11-15
d) IV stopnia	16-30
97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obręczy kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):	
a) jednomiejscowe	3
b) wielomiejscowe	5
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ	
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).	

	P	L
98. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2	1
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8	6
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramienno-łopatkowym	15	12
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości	3	2
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%	6	4
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	9	7
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	10	8
101. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:		
a) uszkodzenia I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2	1
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8	6
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	4	3
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
103. Uszkodzenia stawu barkowego – uszkodzenie mięśni rotatorów, zwichnięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2	1
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	3	2
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5	4
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	10	8
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	20	15
104. Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	5-25	5-20
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	20	15
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń ocenia się według norm neurologicznych.		
106. 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	18	15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25	20
107. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	5	5

108. Utrata kończyny w barku	70	65
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75	70
110. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3	2
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6	4
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15	12
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5	5
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm^2 powierzchni)	1	
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni)	3	
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni)	5	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenie ruchomości)	2-3	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5	
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1	
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.		
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60	55
b) przy dłuższych kikutach	55	50
ŁOKIEĆ		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego – złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2	1
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4	3
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5	4
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	8	6
e) złamania leczone pierwotną protezoplatyką	15	12
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15	12
b) z brakiem ruchów obrotowych	17	15
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25	22
115. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20	5-20
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5	5
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3	2
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5	4
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8	6
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5	5
118. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2	1
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3	2
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6	5
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe neurologiczne itp.)	8-16	6-12
119. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 117-118, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5	5
120. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1	
NADGARSTEK		
121. Złamanie kości nadgarstka w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
a) wygojone bez przemieszczenia z deficytem ruchomości do 30% zakresu	3	2
b) wygojone z przemieszczeniem z deficytem ruchomości powyżej 30% zakresu	5	4
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55	50
123. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	5	
ŚRÓDRĘCZE		
125. Złamania kości śródręcza:		
a) I lub II kości śródręcza (za każdą kość): – bez przemieszczenia – z przemieszczeniem	2 3	
b) III, IV i V kości śródręcza (za każdą kość): – bez przemieszczenia – z przemieszczeniem	1 2	
126. Uszkodzenie tkanek miękkich śródręcza (rany wymagające szycia powyżej 3 cm, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenie ruchomości)	1	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1	
KCIUK		
127. Utraty w obrębie kciuka:	**P**	**L**
a) utrata całkowita opuszki	2	1
b) utrata części paliczka paznokciowego	4	3
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8	7
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego – poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	12	10
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	17	15

128. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2	1
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10-30%	4	3
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8	7
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10	12
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
PALEC WSKAZUJĄCY		
129. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata całkowita opuszki	2	1
b) utrata części paliczka paznokciowego	4	3
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6	5
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8	7
e) utrata trzech paliczków	12	10
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	20	15
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5	1
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3	2
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5	4
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8	7
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
131. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) utrata części paliczka	1	
b) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	2	
c) palca piątego – za każdy paliczek	1,5	
132. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	4	
133. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%	1	
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%	2	
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%	3	
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	4	
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. USZKODZENIE KOŃCZYNY DOLNEJ		
STAW BIODROWY		
134. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	60-70	
135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.: oceniać wg punktu 140 poniżej		
136. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10-30	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-40	
137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		
a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6	
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12	
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16	
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20	
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15	
138. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5	
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami, a wypadkiem.		
UDO		
139. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:		
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5	
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10	
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15	
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1	
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10	
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5	
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40	
Uwaga: Łączny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.		
144. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70	
KOLANO		
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw – w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4	
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10	
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15	
d) zesztywnienie całkowite stawu kolanowego	20	
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15	

146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscectomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni > 2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samonastawienia)	2
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	
PODUDZIE	
147. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) – leczone operacyjnie	5
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	35-45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, ran wymagających szycia – pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10
153. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10
154. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi – wymagającego zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12
156. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:	
a) częściowa – powyżej 30%	10
b) całkowita	20
157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5
158. Złamania kości śródstopia:	
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	5
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności:	
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
161. Utrata stopy w całości	45
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka	25
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	10-15
PALCE STOPY	
165. Uszkodzenie palucha:	

a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4	
b) utrata całego palucha	8	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	8-15	
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części – ½ długości	1	
b) w całości	2	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	3-10	
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5	
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – za każdy palec	0,5	
N. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	P	L
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7	5
b) nerwu piersiowego długiego	8	5
c) nerwu pachowego	3-10	3-8
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10	3-8
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30	5-20
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20	5-15
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15	3-10
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10	2-8
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20	5-15
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15	2-10
k) nerwu łokciowego	3-15	3-10
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20	10-15
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25	10-20
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5	
o) nerwu zasłonowego	2-8	
p) nerwu udowego	2-15	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	2-8	
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20	
u) nerwu strzałkowego	2-10	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-5	
Uwaga: Według pozycji 172 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).		
173. Zawały mięśnia serca pełnościenne:		
a) ściana przednia	10	
b) ściana dolna	10	
c) ściana boczna	10	
d) ściana tylna	10	
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15	
f) koniuszek serca	5	
g) zawał podwsierdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5	
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10	
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15	
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5	

174. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:	
a) niedowład jednej kończyny	3,5
b) paraliż jednej kończyny	5
c) niedowład dwóch kończyn	8,5
d) paraliż dwóch kończyn	12
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20
g) niedowład dotyczące twarzy	5
h) porażenie dotyczące twarzy	10
i) niedowidzenie połowicze	5
j) niedowidzenie obustronne	10
k) nietrzymanie moczu	5
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10
m) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5
n) wzgórzowy zespół bólowy	7,5
o) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5
p) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5
q) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisania)	2,5

ZAŁĄCZNIK NR 2 – Tabela Operacji chirurgicznych

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
GRUPA A 100% SUMY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO		
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie trzustki z dwunastnicą	A
7	Całkowite wycięcie żołądka	A
8	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
9	Częściowe wycięcie tchawicy	A
10	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
11	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
12	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	A
13	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	A
14	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	A
15	Obustronne radykalne usunięcie piersi	A
16	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	A
17	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
18	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
19	Operacja naprawcza przełyku	A
20	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
21	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	A
22	Operacja szyszynki	A
23	Operacja ślimaka	A
24	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	A
25	Operacja tętniaka tętnicy mózgu(nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego)	A
26	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	A
27	Otwarcie czaszki	A
28	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	A
29	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	A
30	Otwarta walwulotomia	A
31	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	A
32	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	A
33	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	A
34	Plastyka aorty	A
35	Plastyka komory serca	A
36	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	A
37	Plastyka przedsionka serca	A
38	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
39	Plastyka zastawki trójdzielnej	A
40	Przeszczep krtani	A
41	Przeszczep nerki i trzustki	A
42	Przeszczep nerwu czaszkowego	A
43	Przeszczep płuc	A
44	Przeszczep serca	A
45	Przeszczep trzustki	A
46	Przeszczep twarzy (cała twarz)	A
47	Przeszczep wątroby	A
48	Rekonstrukcja krtani	A
49	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
50	Rekonstrukcja opony twardej	A
51	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
52	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
53	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
54	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
55	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
56	Rewizja plastyki zastawki serca	A
57	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A
58	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A
59	Usunięcie zmiany opony mózgu	A
60	Walwuloplastyka aortalna	A
61	Walwuloplastyka mitralna	A
62	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	A
63	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	A
64	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	A
65	Wszczepienie protezy kończyny	A
66	Wycięcie gardła	A
67	Wycięcie esicy	A
68	Wycięcie głowy trzustki	A
69	Wycięcie jelita czczego	A
70	Wycięcie jelita krętego	A
71	Wycięcie krtani	A
72	Wycięcie krtani i gardła	A
73	Wycięcie odbytnicy	A
74	Wycięcie obu nerek	A
75	Wycięcie osierdzia	A
76	Wycięcie płuca	A
77	Wycięcie przełyku i żołądka	A
78	Wycięcie przysadki mózgowej	A
79	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	A
80	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A
81	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	A
82	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	A
83	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	A
84	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
85	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu)	A
86	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej(operacja na otwartym sercu)	A
87	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	A
88	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
89	Zespolenie omijające przełyku	A
90	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
Grupa B 75% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
91	Amputacja prącia	B
92	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	B
93	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	B
94	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	B
95	Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka	B
96	Całkowita rekonstrukcja sutka	B
97	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	B
98	Całkowite wycięcie nerki	B
99	Całkowite wycięcie sutka	B
100	Chemotalamectomia	B
101	Częściowe wycięcie żołądka	B
102	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
103	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	B
104	Katarakta – usunięcie obustronne	B
105	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	B
106	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
107	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
108	Lewostronna hemikolektomia	B
109	Obustronne proste odjęcie piersi	B
110	Obustronne usunięcie nadnerczy	B
111	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
112	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
113	Otwarta koronaroplastyka	B
114	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	B
115	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
116	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
117	Plastyka tchawicy	B
118	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną	B
119	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	B
120	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	B
121	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	B
122	Pomostowanie więcej niż jednej tętnicy wieńcowej	B
123	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	B
124	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	B
125	Przecięcie dróg mózgowych	B
126	Przeszczep nerki	B
127	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	B
128	Resekcja poprzecznicy	B
129	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
130	Talamotomia	B
131	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca	B
132	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	B
133	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	B
134	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	B
135	Wszczepienie stymulatora mózgu	B
136	Wycięcie dwunastnicy	B
137	Wycięcie guza móżdżku	B
138	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	B
139	Wycięcie odbytu	B
140	Wycięcie ogona trzustki	B
141	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B
142	Wycięcie prostaty metodą otwartą	B
143	Wycięcie przytarczyc	B
144	Wycięcie tarczycy językowej	B
145	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	B
146	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	B
147	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	B
148	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	B
149	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	B
150	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	B
151	Zniszczenie przysadki mózgowej	B
GRUPA C 50% SUMY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO		
152	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
153	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
154	Amputacja nosa	C
155	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	C
156	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	C
157	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	C
158	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	C
159	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	C
160	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	C
161	Częściowe usunięcie oskrzela	C
162	Częściowe wycięcie nerki	C

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
163	Częściowe wycięcie przełyku	C
164	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	C
165	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
166	Częściowe wycięcie wątroby	C
167	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
168	Gastrostomia	C
169	Jednostronne proste odjęcie piersi	C
170	Jejunostomia	C
171	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
172	Korekcja deformacji podniebienia	C
173	Korekcja opadania powieki	C
174	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	C
175	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	C
176	Nacięcie jajowodu	C
177	Nacięcie moczowodu	C
178	Nacięcie nerki	C
179	Nacięcie okrężnicy	C
180	Nacięcie przełyku	C
181	Nacięcie przewodu żółciowego	C
182	Obustronne wycięcie jąder	C
183	Operacja aparatu przedsionkowego	C
184	Operacja ciała szklistego	C
185	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	C
186	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	C
187	Operacja dotycząca sieci	C
188	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
189	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
190	Operacja naprawcza gardła	C
191	Operacja naprawcza moczowodu	C
192	Operacja naprawcza odbytu	C
193	Operacja naprawcza oskrzela	C
194	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C
195	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C
196	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
197	Operacja naprawcza tętnicy biodrowej	C
198	Operacja naprawcza tętnicy podobojczykowej	C
199	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	C
200	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	C
201	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	C
202	Operacja przetoki tchawicy	C
203	Operacja przewodu limfatycznego	C
204	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
205	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
206	Operacja trąbki Eustachiusza	C
207	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	C
208	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	C
209	Operacja żylaków przełyku metodą otwartą	C
210	Operacyjna plastyka oczodołu	C
211	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
212	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
213	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
214	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	C
215	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	C
216	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	C
217	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
218	Przeszczep mięśnia	C
219	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem	C

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
220	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	C
221	Przeznaczyniowa operacja aorty	C
222	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	C
223	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	C
224	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	C
225	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	C
226	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	C
227	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	C
228	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	C
229	Reimplantacja innego narządu	C
230	Reimplantacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	C
231	Reimplantacja kończyny dolnej na poziomie uda	C
232	Reimplantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	C
233	Reimplantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	C
234	Reimplantacja moczowodu	C
235	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
236	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
237	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
238	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
239	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
240	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	C
241	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
242	Rewizja zespolenia przełyku	C
243	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	C
244	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	C
245	Subtotalna mammektomia	C
246	Sympatektomia szyjna	C
247	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
248	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
249	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
250	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
251	Usunięcie płata płuca	C
252	Usunięcie skrzepliny z aorty (embolektomia)	C
253	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	C
254	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	C
255	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	C
256	Usunięcie zmiany kości	C
257	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	C
258	Usunięcie zmiany oczodołu	C
259	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	C
260	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	C
261	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	C
262	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	C
263	Usunięcie zmiany ucha środkowego	C
264	Usunięcie zmiany wątroby	C
265	Wentrykulostomia	C
266	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	C
267	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	C
268	Wszczepienie protezy głosowej	C
269	Wszczepienie systemu wspomagania serca	C
270	Wycięcie cewki moczowej	C
271	Wycięcie gałki ocznej	C
272	Wycięcie grasicy całkowite	C
273	Wycięcie grasicy częściowe	C
274	Wycięcie innej tętnicy	C
275	Wycięcie języka	C
276	Wycięcie kątnicy	C
277	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	C
278	Wycięcie moczowodu	C
279	Wycięcie nadnercza	C
280	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	C
281	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	C
282	Wycięcie tarczycy	C
283	Wycięcie zmiany nadnercza	C
284	Wycięcie żuchwy	C
285	Wyłonienie jelita ślepego	C
286	Wyłonienie kątnicy	C
287	Wytworzenie ileostomii	C
288	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
289	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
290	Zamknięta walwulotomia	C
291	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
292	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	C
293	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
294	Zespolenie omijające jelita czczego	C
295	Zespolenie omijające jelita krętego	C
296	Zespolenie omijające okrężnicy	C
297	Zespolenie omijające przełyk	C
298	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C
299	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
300	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C
GRUPA D 25% SUMY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO		
301	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	D
302	Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	D
303	Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	D
304	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
305	Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	D
306	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
307	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
308	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
309	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
310	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
311	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	D
312	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
313	Całkowite wycięcie kości	D
314	Całkowite wycięcie śledziony	D
315	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
316	Częściowe usunięcie przytarczyc	D
317	Częściowe wycięcie jajowodu	D
318	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
319	Częściowe wycięcie żuchwy	D
320	Dekortykacja opon mózgu	D
321	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	D
322	Drenaż osierdzia	D
323	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	D
324	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
325	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
326	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	D
327	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	D
328	Inny stały sposób stymulacji serca	D
329	Jednostronne wycięcie jądra	D
330	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
331	Korekcja deformacji wargi	D
332	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	D
333	Korekcja stopy końsko-szpotawej	D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
334	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
335	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
336	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
337	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	D
338	Nacięcie oczodołu	D
339	Nacięcie osierdzia	D
340	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	D
341	Nacięcie rogówki	D
342	Nacięcie tęczówki	D
343	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	D
344	Nacięcie twardówki	D
345	Nacięcie wątroby	D
346	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
347	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
348	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
349	Obustronne sprowadzenie jąder	D
350	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
351	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
352	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego	D
353	Operacja antyrefluksowa	D
354	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	D
355	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	D
356	Operacja kaletki maziowej	D
357	Operacja najądrza	D
358	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
259	Operacja naprawcza czaszki	D
360	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
361	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	D
362	Operacja naprawcza tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	D
363	Operacja naprawcza tętnicy kończyny górnej	D
364	Operacja naprawcza tętnicy mózgu	D
365	Operacja naprawcza tętnicy nerkowej	D
366	Operacja naprawcza tętnicy udowej	D
367	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	D
368	Operacja naprawcza rogówki	D
369	Operacja pęcherzyków nasiennych	D
370	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
371	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	D
372	Operacja wodniaka jądra	D
373	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
374	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
375	Operacja żylaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	D
376	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
377	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	D
378	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	D
379	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
380	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
381	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
382	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
383	Plastyka nosa	D
384	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	D
385	Plastyka rogówki	D
386	Plastyka ucha zewnętrznego	D
387	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	D
388	Powiększenie pęcherza	D
389	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
390	Protezowanie gałki ocznej	D
391	Protezowanie jądra	D
392	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	D
393	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	D
394	Protezowanie ścięgna	D
395	Przełożenie ścięgna	D
396	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
397	Przeszczep płata śluzówki	D
398	Przeszczep powięzi	D
399	Przeszczep szpiku kostnego	D
400	Przeszczep śluzówki	D
401	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
402	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	D
403	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	D
404	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	D
405	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	D
406	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
407	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	D
408	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	D
409	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	D
410	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	D
411	Rekonstrukcja powieki	D
412	Replantacja prącia	D
413	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
414	Rewizja ileostomii	D
415	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	D
416	Rewizja protezy gałki ocznej	D
417	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D
418	Rozdzielenie trzonu kości	D
419	Siatkowy autoprzeszczep skóry	D
420	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
421	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	D
422	Tracheostomia(nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
423	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
424	Usuniecie zmiany twardówki	D
425	Usunięcie ciała rzęskowego	D
426	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	D
427	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
428	Usunięcie moszny	D
429	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	D
430	Usunięcie zmiany jądra	D
431	Usunięcie zmiany kręgosłupa	D
432	Usunięcie zmiany powięzi	D
433	Usunięcie zmiany prącia	D
434	Uwolnienie przykurczu mięśnia	D
435	Uwolnienie ścięgna	D
436	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	D
437	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	D
438	Wprowadzenie sztucznej soczewki	D
439	Wszczepienie protezy jajowodu	D
440	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
441	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	D
442	Wycięcie hemoroidów	D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
443	Wycięcie kości twarzy	D
444	Wycięcie kwadrantu piersi	D
445	Wycięcie nerwu obwodowego	D
446	Wycięcie pochewki ścięgna	D
447	Wycięcie powięzi brzucha	D
448	Wycięcie sromu	D
449	Wycięcie szyjki macicy	D
450	Wycięcie ścięgna	D
451	Wycięcie ślinianki	D
452	Wycięcie tęczówki	D
453	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
454	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
455	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	D
456	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	D
457	Wycięcie zmiany przepony	D
458	Wycięcie zmiany odbytu	D
459	Wycięcie zmiany rogówki	D
460	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
461	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	D
462	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części skórnej z przeszczepem skóry	D
463	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	D
464	Zespolenie przewodu trzustkowego	D
465	Zespolenie przewodu wątrobowego	D
466	Zespolenie tętniczo-żylne	D
467	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	D
468	Zmiana długości ścięgna	D
469	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
470	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
GRUPA E 10% SUMY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO		
471	Amputacja palucha	E
472	Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	E
473	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	E
474	Częściowe wycięcie jajnika	E
475	Częściowe wycięcie języka	E
476	Częściowe wycięcie wargi	E
477	Drenaż kości	E
478	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
479	Drenaż przez okolicę krocza	E
480	Drenaż ucha środkowego	E
481	Drenaż ucha zewnętrznego	E
482	Drenaż węzła chłonnego	E
483	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	E
484	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	E
485	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	E
486	Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy	E
487	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
488	Korekcja deformacji powieki	E
489	Korekcja deformacji podniebienia	E
490	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
491	Nacięcie gruczołu ślinowego	E
492	Nacięcie języka	E
493	Nacięcie kanału pochwy	E
494	Nacięcie powieki	E
495	Nacięcie spojówki	E
496	Nacięcie sutka	E
497	Nacięcie torebki soczewki oka	E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
498	Nacięcie zrostów pochwy	E
499	Ochronne zeszycie szpary powiekowej	E
500	Operacja brodawki sutkowej	E
501	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
502	Operacja dotycząca pępka	E
503	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	E
504	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	E
505	Operacja gruczołu Bartholina	E
506	Operacja haluksa	E
507	Operacja innego więzadła macicy	E
508	Operacja kanału łzowego	E
509	Operacja łechtaczki	E
510	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	E
511	Operacja na przewodach mlekonośnych sutka	E
512	Operacja napletka	E
513	Operacja naprawcza jajnika	E
514	Operacja naprawcza pochwy	E
515	Operacja naprawcza spojówki	E
516	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	E
517	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
518	Operacja nerki przez nefrostomię	E
519	Operacja nosa zewnętrznego	E
520	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	E
521	Operacja plastyczna pochwy	E
522	Operacja plastyczna prącia	E
523	Operacja przegrody nosa	E
524	Operacja struktur okołostawowych palucha	E
525	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	E
526	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	E
527	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	E
528	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
529	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
530	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
531	Operacja więzadła szerokiego macicy	E
532	Operacja zatoki czołowej	E
533	Operacja zatoki klinowej	E
534	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
535	Operacja zespołu cieśni nadgarstka	E
536	Operacja żylaków powrózka nasiennego	E
537	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	E
538	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
539	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E
540	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	E
541	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	E
542	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
543	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	E
544	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
545	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	E
546	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
547	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
548	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
549	Plastyka przepukliny pępkowej	E
550	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
551	Plastyka sklepienia pochwy	E
552	Podwiązanie przewodu ślinowego	E
553	Poszerzenie przewodu ślinowego	E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
554	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	E
555	Protezowanie prącia	E
556	Przecięcie osierdzia	E
557	Przeszczep rogówki	E
558	Przeszczepienie przewodu ślinowego	E
559	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	E
560	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	E
561	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	E
562	Rozdzielenie kości stopy	E
563	Rozdzielenie żuchwy	E
564	Stabilizacja żuchwy	E
565	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
566	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	E
567	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	E
568	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	E
569	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	E
570	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	E
571	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	E
572	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	E
573	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	E
574	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
575	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
576	Usuniecie zmiany ucha zewnętrznego	E
577	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	E
578	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	E
579	Usunięcie zmiany języka	E
580	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	E
581	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	E
582	Usunięcie zmiany pochwy	E
583	Usunięcie zmiany podniebienia	E
584	Usunięcie zmiany powieki	E
585	Usunięcie zmiany spojówki	E
586	Usunięcie zmiany ślinianki	E
587	Usunięcie zmiany wargi	E
588	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	E
589	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	E
590	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	E
591	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
592	Uwolnienie przykurczu stawu	E
593	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
594	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
595	Wyciąg szkieletowy kości	E
596	Wycięcie ciała rzęskowego	E
597	Wycięcie kości ektopowej	E
598	Wycięcie mięśnia	E
599	Wycięcie migdałków podniebiennych	E
600	Wycięcie nadmiaru powieki	E
601	Wycięcie nasieniowodu	E
602	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	E
603	Wycięcie pochwy	E
604	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	E
605	Wycięcie zmiany otrzewnej	E
606	Wycięcie zmiany sromu	E
607	Wycięcie zmiany szyjki macicy	E
608	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
609	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	E
610	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
611	Zniszczenie zmian wątrobowych przeznaczyniowo	E

ZAŁĄCZNIK NR 3 – Tabela Poważnych zachorowań

L.p.	Poważne zachorowanie	Definicja Poważnego zachorowania
1	Niewydolność nerek	stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności obu nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWU, za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.
2	Operacja aorty	chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji aorty w przypadku: a) gdy do operacji aorty doszło w związku z przebytym Urazem, b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty, c) operacji odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny, d) przezskórnej implantacji stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
3	Przeszczep narządu	leczenie operacyjne, polegające na przeszczepieniu jako biorcy jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuca, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej lub za granicą, na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Przeszczepu narządu: a) narządu sztucznego, b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.
4	Udar mózgu	nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi (krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, zakrzepica żył lub zatok żylnych), związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwającymi dłużej niż 24 godziny. Udar można również rozpoznać, kiedy objawy trwają poniżej 24 godzin, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym. Diagnoza Udaru mózgu musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badaniem neuroobrazowym, potwierdzającym świeże zmiany w tkance mózgowej. W rozumieniu OWU, za Udar mózgu nie uważa się: a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA), jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie w czasie do 24 godzin i nie uwidoczniono ogniska niedokrwiennego w badaniach neuroobrazowych, b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND), c) objawów mózgowych spowodowanych migreną, d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu), g) udaru mózgu zdiagnozowanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, h) skutków choroby dekompresyjnej, i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.
5	Operacja wszczepienia zastawki serca	wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki bądź zastawek serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji wszczepienia zastawki serca w przypadku: a) operacji naprawczej, b) rekonstrukcji zastawki, c) plastyki zastawki, d) walwulotomii, e) przeznaczyniowego lub przezkoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki.
6	Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	operacja kardiochirurgiczna, polegająca na wszczepieniu pomostu omijającego miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji pomostowania aortalno – wieńcowego (by-pass) w przypadku: a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), b) każdego innego, niż wszczepienie pomostu/pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu, c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca, d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.
7	Zawał serca	martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWU, Zawał serca oznacza: a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: i. objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej), ii. zmiany w EKG, wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, iii. powstanie patologicznych załamków Q w EKG, iv. dowody w badaniach obrazowych, ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub b) Zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w czasie do 48 godzin od zabiegu – wzrost stężenia cTn we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) u pacjentów z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Pacjenci ze zwiększonym stężeniem cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, muszą spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn przekraczającego 5-krotnie lub 10-krotnie górną granicę normy oraz wzrostu stężenia cTn o powyżej 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów: i. obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką), ii. pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenie cTn jest podwyższone i wzrasta, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych), iii. uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywotnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, iv. wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziowej lub pomostu, zamknięcie/zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenie krążenia obocznego lub dystalna embolizacja. W rozumieniu OWU, za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.
8	Utrata mowy	całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy (nie obejmująca przypadków utraty mowy spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych.
9	Utrata słuchu	całkowita, nieodwracalna, obustronna utrata zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być potwierdzone upośledzeniem ostrości słuchu stwierdzonym w badaniu audiometrycznym, przekraczającym 90 dB w każdym z uszu i/lub badaniem słuchowych potencjałów wywołanych.

10	Utrata wzroku	Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym utrata funkcji widzenia w obu oczach lub całkowite i nieodwracalne obniżenie ostrości wzroku poniżej 5/50 (z najlepszą możliwą korekcją optyczną) lub koncentryczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni w obu oczach wskutek choroby lub wypadku. U dzieci do lat trzech za utratę wzroku w obu oczach uznaje się potwierdzony klinicznie stan braku poczucia światła w obu oczach. W przypadkach wątpliwych, czy doszło do utraty wzroku w obu oczach, niezbędna będzie ocena badaniem wzrokowych potencjałów wywołanych.
11	Łagodny nowotwór mózgu	guz mózgu niesklasyfikowany jako złośliwy, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący trwały ubytek neurologiczny; za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwiaków, torbieli, cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Rozpoznanie łagodnego nowotworu mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu.
12	Nowotwór złośliwy	choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczki. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się: a) nowotworu łagodnego, b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta, c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry, d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania Tla wg klasyfikacji TNM, (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka ≥ 4)), e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB), f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Rai < 3, g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM, h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
13	Ciężkie oparzenia	termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry właściwej), wymagające hospitalizacji i obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek".
14	Stwardnienie rozsiane	przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, zdiagnozowana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez lekarza neurologa. Dla potwierdzenia diagnozy muszą występować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod, łącznie z charakterystycznym dla Stwardnienia rozsianego wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.
15	Śpiączka	stan zaistniały wskutek zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe organizmu w sposób stały i nieprzerwany, polegający na występowaniu głębokich zaburzeń świadomości wyrażających się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne: słowne i bólowe, związany z ciężkim uszkodzeniem mózgu. Śpiączka musi spowodować wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. W rozumieniu OWU za trwałe następstwa i objawy neurologiczne uważa się: a) porażenia i niedowłady kończyn, b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe, c) padaczkę, d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego, e) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych, f) zaburzenia mowy, g) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) – rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Powyższe objawy winny utrzymywać się 3 miesięce od rozpoznania choroby. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki śpiączki powstałe wskutek użycia przez daną osobę alkoholu lub leków z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek świadomego samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się, lub okaleczenia się na własną prośbę, niezależnie od stopnia poczytalności. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej.
16	Transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV	zakażenie, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), potwierdzone dokumentacją. Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce w Okresie ubezpieczenia i dotyczyć osoby niechorującej na hemofilię. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
17	Zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV	zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, potwierdzone dokumentacją. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych.
18	Paraliż	trwała i całkowita utrata funkcji (0 albo 1 w skali Lovette'a) dwóch lub więcej kończyn w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia lub choroby ośrodkowego układu nerwowego. Kończyna stanowi całość anatomiczną i oznacza ramię, przedramię i rękę w przypadku kończyny górnej oraz udo, podudzie i stopę w przypadku kończyny dolnej.
19	Anemia aplastyczna	przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, powodująca łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, która powoduje konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych, stymulujących odnowę szpiku kostnego lub/i przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje anemii aplastycznej będącej chorobą wrodzoną lub skutkiem chemioterapii i/lub radioterapii nowotworów.

20	Choroba Creutzfelda-Jakoba	diagnoza musi być uznana za "prawdopodobną", zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba: a) postępująca demencja, b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie móżdżku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny, c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF), d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy. Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków, ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy. W rozumieniu OWU za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
21	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	rozległa martwica wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby, prowadząca szybko do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę oraz wynikami badań wykazującymi spełnienie co najmniej trzech z poniższych warunków: a) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby, b) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby, c) narastająca żółtaczka, d) encefalopatia wątrobowa, e) rozległa martwica rozpływna. W rozumieniu OWU za piorunujące zapalenie wątroby nie uważa się nosicielstwa wirusowego zapalenia wątroby.
22	Utrata kończyn	całkowita fizyczna utrata (amputacja) kończyn wskutek Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn; w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków, a w zakresie kończyn dolnych na wysokości lub powyżej stawów skokowych.
23	Ciężki uraz głowy	Ciężki uraz głowy, powodujący zaburzenia pracy mózgu, którego rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę oraz udokumentowane typowymi wynikami badań neuroradiologicznych (np. tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu). Uraz ten musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków (ale nie przygotowywanie posiłków)) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.
24	Sepsa	uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia, powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
25	Choroba Leśniowskiego-Crohna	ciężka zapalna choroba jelita o niewyjaśnionej etiologii, zaliczana do grupy nieswoistych zapaleń jelit (IBD) z pełnościennym, ziarniniakowym zapaleniem jelita, przebiegająca z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.
26	Dystrofia mięśniowa	grupa uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które w następstwie zaniku i przykurczy tych mięśni powodują trwałą niezdolność do przemieszczenia się po płaskiej powierzchni.
27	Postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	układowa choroba tkanki łącznej, przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza reumatologa lub dermatologa. W rozumieniu OWU, za Postępującą twardzinę układową nie uważa się: a) twardziny ograniczonej (morphea), b) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam), c) eozynofilowego zapalenia powięzi, d) zespołu CREST.
28	Zapalenie mózgu	zakażenie bakteryjne lub grzybicze tkanki mózgowej prowadzące do istotnych powikłań powodujących trwałe następstwa i objawy neurologiczne. W rozumieniu OWU za trwałe następstwa i objawy neurologiczne uważa się: a) porażenia i niedowłady kończyn, b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe, c) padaczkę, d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego, e) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych, f) zaburzenia mowy, g) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) – rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Powyższe objawy winny utrzymywać się 3 miesiące od rozpoznania choroby.
29	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	zakażenie wirusowe opony miękkiej prowadzące do istotnych powikłań powodujących trwałe następstwa i objawy neurologiczne. W rozumieniu OWU za trwałe następstwa i objawy neurologiczne uważa się: a) porażenia i niedowłady kończyn, b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe, c) padaczkę, d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego, e) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych, f) zaburzenia mowy, g) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) – rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Powyższe objawy winny utrzymywać się 3 miesiące od rozpoznania choroby.
30	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane bakteriami, powodujące powstanie znacznego i trwałego uszczerbku neurologicznego, potwierdzone przez lekarza neurologa. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

31	Bąblowiec mózgu	choroba pasożytnicza rozpoznana w badaniu płynu lub badaniu histopatologicznym cysty (na podstawie badań pobranych w trakcie biopsji lub w trakcie operacyjnej resekcji zmiany utworzonej przez pasożyta).
32	Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie	operacyjne usunięcie torbieli bąblowcowej/torbieli bąblowcowych z klatki piersiowej lub jamy brzusznej. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym wskazującym, że usunięta torbiel powstała w wyniku inwazji tasiemcem z rodzaju Echinococcus granulosus lub Echinococcus multilocaris.
33	Choroba neuronu ruchowego	nieuleczalna, postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do wybiórczego uszkodzenia obwodowego (dolnego) i ośrodkowego (górnego) neuronu ruchowego, poprzez zniszczenie komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. Choroba neuronu ruchowego musi być zdiagnozowana przez lekarza specjalistę neurologa poprzez: a) potwierdzenie obecności: uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym, elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) oraz uszkodzenia górnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym) oraz postępujących zaburzeń ruchowych w danym obszarze lub pojawienia się ich w innych obszarach (na podstawie wywiadu lub w badaniu klinicznym), b) wykluczenie: innych jednostek chorobowych tłumaczących uszkodzenie górnego lub dolnego neuronu ruchowego (w badaniu elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) oraz innych jednostek chorobowych, mogących tłumaczyć zaburzenia kliniczne i elektrofizjologiczne (w badaniu neuroobrazowym: tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI). Wszystkie wymienione w pkt a) objawy muszą być medycznie udokumentowane i utrzymywać się trwale przez okres co najmniej 3 miesięcy.
34	Pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne)	zespół objawów klinicznych spowodowanych wzrostem ciśnienia w tętnicy płucnej, który nastąpił z nieznanej przyczyny. Do rozpoznania choroby niezbędne jest stwierdzenie następujących zmian podczas cewnikowania tętnicy płucnej: średnie ciśnienie w tętnicy płucnej > 25 mmHg, ciśnienie zaklinowania ≤15 mmHg, naczyniowy opór płucny >3 jednostki Wooda. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje tętniczego nadciśnienia płucnego uwarunkowanego genetycznie, spowodowanego innymi chorobami (wtórne nadciśnienie płucne), zakażeniem wirusem HIV, nadciśnieniem wrotnym, schistosomiazą, w przebiegu wrodzonych/skorygowanych wad serca i wywołanego przez leki i toksyny.
35	Ostra niewydolność wątroby	potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby niezwiązana z zakażeniem wirusowym, pojawiająca się u osoby bez wcześniejszej jakiejkolwiek choroby wątroby, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości (encefalopatii, śpiączki) w ciągu mniej niż 8 tygodni od stwierdzenia żółtaczki (stężenie bilirubiny w surowicy > 50 µmol/L) oraz zdiagnozowaniem zaburzeń krzepnięcia krwi (INR=>1,5). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków ostrej niewydolności wątroby powstałej wskutek nadużywania alkoholu i zatrucia lekami lub innymi substancjami chemicznymi.
36	Ropień mózgu	stan zapalny i rozpad tkanek, które ulegają otorbieniu, wymagający wykonania operacyjnego otwarcia czaszki (kraniotomia). Diagnoza musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego i tomografii komputerowej z kontrastem lub rezonansu magnetycznego z kontrastem.
37	Wirusowe zapalenie mózgu	zapalenie lub podrażnienie tkanki mózgowej, spowodowane przez wirusa.
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	przewlekły, nieswoisty proces zapalny powodujący ciągłe i nieprzerwane zmiany w błonie śluzowej jelita, przebiegający z okresami zaostrzeń i remisji. Do rozpoznania choroby konieczne jest jej potwierdzenie w badaniu histopatologicznym wycinków śluzówki jelita pobranych podczas endoskopii jelita grubego. W rozumieniu OWU, odpowiedzialnością Towarzystwa objęta jest jedynie postać rozległa (E3) wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, co oznacza zmiany zapalne zlokalizowane w jelicie grubym proksymalnie do zagięcia śledzionowego, w tym pancolitis (zapalenie całego jelita grubego).
39	Zakażona martwica trzustki	zakażona martwica trzustki jest powikłaniem ostrego zapalenia trzustki. Do rozpoznania zakażonej martwicy trzustki konieczne jest stwierdzenie co najmniej jednego z poniższych: pęcherzyków gazu w tkankach martwiczych w badaniu tomografii komputerowej ze wzmocnieniem kontrastowym (CECT); obecności bakterii i/lub grzybów w materiale pobranym podczas biopsji cienkoigłowej; dodatniego posiewu mikrobiologicznego treści ze zbiornika martwiczego. W rozumieniu OWU odpowiedzialnością Towarzystwa objęta jest tylko taka zakażona martwica trzustki, w której przeprowadzono pierwszorazową endoskopową lub chirurgiczną nekrosektomię (nekrektomię) – usunięcie tkanek martwiczych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków ostrego zapalenia trzustki powikłanego zakażoną martwicą spowodowanej spożyciem/spożywaniem alkoholu.
40	Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (dawniej ziarniniakowatość Wegenera)	martwicze zapalenie małych i średnich naczyń (tętnic i żył), przebiegające z tworzeniem ziarniniaków, zajmujące górne i dolne drogi oddechowe oraz nerki. Do rozpoznania choroby konieczne jest stwierdzenie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) obecność wałeczków erytrocytarnych w moczu lub krwinkomocz (> 5 erytrocytów w polu widzenia), b) zmiany radiologiczne w płucach (guzki, jamy, nacieki), c) zajęcie górnych dróg oddechowych — owrzodzenia jamy ustnej, ropna wydzielina z nosa, d) typowe zmiany histopatologiczne w materiale biopsyjnym z zajętych narządów. W rozumieniu OWU odpowiedzialnością Towarzystwa objęta jest ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń powodująca przynajmniej jedno z poniższych powikłań: niewydolność nerek z koniecznością przewlekłej dializoterapii, schyłkową niewydolność oddechową, utratę wzroku, utratę słuchu. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.
41	Cholera	ostra choroba zakaźna przewodu pokarmowego wywoływana przez gram-ujemną bakterię Vibrio cholerae (przecinkowiec cholery). Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym, znalezieniem przecinkowców cholery w kale oraz poprzez wskazanie w dokumentacji medycznej właściwego kodu choroby (A00.[019]) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
42	Dur brzuszny	ostra układowa choroba zakaźna, wywoływana przez pałeczkę duru brzusznego Salmonella typhi. Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone wyizolowaniem pałeczek Salmonella typhi z krwi lub moczu lub wystąpienie typowych objawów klinicznych i wyizolowanie pałeczek Salmonella typhi z kału oraz poprzez wskazanie w dokumentacji medycznej właściwego kodu choroby (A01.0) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa Salmonella typhi lub Salmonella paratyphi.
43	Gorączka denga	choroba zakaźna wywoływana przez wirusa dengi, przebiegającą z wysoką gorączką, bólami głowy, bólem pozagałkowym, bólami mięśni, bólami stawów, wysypką, krwotokami, leukopenią. Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone testem PCR wykrywającym materiał genetyczny wirusa lub izolacją wirusa w hodowlach komórkowych oraz poprzez wskazanie w dokumentacji medycznej właściwego kodu choroby (A90, A91) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
44	Gorączka zachodniego Nilu	choroba zakaźna wywoływana przez wirusa gorączki Zachodniego Nilu, przebiegającą z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Zdiagnozowanie choroby powinno być potwierdzone wykryciem co najmniej 4-krotnego wzrostu miana swoistych przeciwciał klasy IgM oznaczonych za pomocą testu ELISA lub immunofluorescencji pośredniej oraz poprzez wskazanie w dokumentacji medycznej właściwego kodu choroby (A92.3) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.

45	Malaria	choroba pasożytnicza wywoływana przez pięć gatunków zarodźców: Plasmodium falciparum (zarodziec sierpowaty), Plasmodium vivax (zarodziec ruchliwy), Plasmodium malariae (zarodziec pasmowaty), Plasmodium ovale (zarodziec owalny) i Plasmodium knowlesi (zarodziec małpi). Zdiagnozowanie choroby polega na stwierdzeniu obecności zarodźców w preparacie krwi wykonanym metodą grubej kropli i zabarwionym odczynnikiem Giemzy pobranej od pacjentów z charakterystycznymi objawami klinicznymi: uczucie zimna i dreszcze, następnie napad gorączki powyżej 40°C z suchością skóry i śluzówek, zaburzeniami świadomości aż do śpiączki włącznie, później gwałtowny spadek gorączki ze zlewnymi potami. W dokumentacji medycznej powinien być wskazany właściwy kod choroby (B50 – B54) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
46	Schistosomatoza (bilharcjoza)	choroba pasożytnicza wywołana przez przywry z rodzaju Schistosoma, które pasożytują w splotach żylnych miednicy mniejszej i tkankach żywicieli. Zdiagnozowanie choroby powinno być potwierdzone wykryciem jaj pasożytów w kale lub moczu lub wykryciem swoistych przeciwciał klasy Ig G oznaczonych za pomocą testu ELISA lub immunofluorescencji pośredniej oraz poprzez wskazanie w dokumentacji medycznej właściwego kodu choroby (B65.[0-389]) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
47	Tężec	zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (Clostridium tetani), poparte dodatnim wywiadem co do skaleczeń oraz objawami klinicznymi w postaci uogólnionej, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobiną przeciwtężcową i anatoksyną.
48	Wścieklizna	choroba odzwierzęca o ostrym przebiegu, spowodowana pogryzieniem przez chore zwierzę, przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze skóry lub śliny bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez dodatni wywiad epidemiologiczny.
49	Zgorzel gazowa	proces zapalny przebiegający z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni i tkanki łącznej z wytworzeniem gazu i uogólnioną toksemią, wymagający leczenia szpitalnego, zdiagnozowany na podstawie badania na obecność jednej z toksyn Clostridium w płynie wysiękowym z rany lub we krwi.
50	Żółta gorączka	choroba zakaźna wywoływana przez wirusa żółtej gorączki. Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone testem PCR wykrywającym materiał genetyczny wirusa lub izolacją wirusa w hodowlach komórkowych oraz poprzez wskazanie w dokumentacji medycznej właściwego kodu choroby (A95.[019]) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10. W rozumieniu OWU odpowiedzialnością Towarzystwa objęta jest tylko postać żółtej gorączki przebiegająca z leukopenią, małopłytkowością, żółtaczką i zwiększoną aktywnością aminotransferaz.
51	Schyłkowa niewydolność oddechowa	schyłkowe stadium choroby płuc, powodujące przewlekłą niewydolność oddechową, wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami: a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1), utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach, b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię, c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) poniżej 55 mmHg, d) duszność spoczynkowa.
52	Schyłkowa niewydolność wątroby	całkowite i nieodwracalne upośledzenie funkcji wątroby, z występowaniem encefalopatii (śpiączki) wątrobowej, zaburzeń krzepnięcia, wodobrzusza, żółtaczki.
53	Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	taka niedrożność tętnicy płucnej spowodowana skrzepliną, w której przeprowadzono zabieg chirurgiczny w celu jej usunięcia.
54	Łagodny (niezłośliwy) nowotwór rdzenia kręgowego (niezłośliwy guz kanału kręgowego)	śródrdzeniowy lub zewnątrzrdzeniowy nowotwór niezłośliwy rozpoznany w badaniu rezonansu magnetycznego, rentgenowskiej tomografii komputerowej lub badaniu histopatologicznym, powodujący co najmniej jeden z poniższych objawów neurologicznych, utrzymujący się, przy braku zabiegu operacyjnego, co najmniej 6 miesięcy od rozpoznania: a) dyzartria, dysfagia, dysfonia b) zanik mięśni i upośledzenie ruchomości języka c) zanik mięśnia czworobocznego i mostkowo-obojczykowo-sutkowego z upośledzeniem unoszenia barku i skrętu głowy d) niedowład czterokończynowy spastyczny, parapareza spastyczna e) zaburzenia zwieraczy f) objaw Hornera g) ręka opadająca, ręka kaznodziei, ręka szponiasta h) zespół Brown-Sequarda i) zespół ogona końskiego j) zespół stożka rdzeniowego.
55	Odkleszczowe zapalenie mózgu	choroba zakaźna ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez neurotropowy wirus odkleszczowego zapalenia mózgu, przebiegająca z objawami zapalenia mózgu, móżdżku lub rdzenia kręgowego i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnimi wynikami badań serologicznych surowicy krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, powinno być jednoznacznie potwierdzone poprzez wskazanie właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 oraz spowodować trwałe następstwa i objawy neurologiczne. W rozumieniu OWU za trwałe następstwa i objawy neurologiczne uważa się: a) porażenia i niedowłady kończyn, b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe, c) padaczkę, d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego, e) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych, f) zaburzenia mowy, g) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) – rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Powyższe objawy winny utrzymywać się 3 miesiące od rozpoznania choroby.

ZAŁĄCZNIK NR 4 – Zakres ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia

L.p.	Zakres świadczeń	Limit świadczenia
1	wizyta lekarza po nieszczęśliwym wypadku	1 700 zł
2	wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku lub chorobie	1 700 zł
3	wizyta pielęgniarki po nieszczęśliwym wypadku	1 700 zł
4	dostarczenie do miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza	200 zł
5	a) wizyta rehabilitanta w domu	500 zł
	b) wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł
6	a) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł
	b) transport sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł
7	transport medyczny do placówki medycznej	1 500 zł
8	transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	1 500 zł
9	transport medyczny między placówkami medycznymi	1 500 zł
10	opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	700 zł
11	opieka nad zwierzętami (psem lub kotem)	500 zł
12	pomoc domowa po hospitalizacji	400 zł
13	konsultacja laryngologa	150 zł
14	pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	500 zł
15	zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna	bez limitu
16	pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku	tylko organizacja
17	infolinia kardiologiczna po Hospitalizacji min. 4 dni	bez limitu



VIENNA INSURANCE GROUP

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 311 843 763,00 zł – opłacony w całości
Tel.: 22 460 22 22