

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**



Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków	3
<input type="checkbox"/> Klauzula 0 Zryczałtowane koszty pogrzebu Ubezpieczonego	7
<input type="checkbox"/> Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	7
<input type="checkbox"/> Klauzula 2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	7
<input type="checkbox"/> Klauzula 3 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy	7
<input type="checkbox"/> Klauzula 4 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy	7
<input type="checkbox"/> Klauzula 5 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	8
<input type="checkbox"/> Klauzula 6 Zryczałtowane koszty pogrzebu dziecka Ubezpieczonego	8
<input type="checkbox"/> Klauzula 7 Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	8
<input type="checkbox"/> Klauzula 8 Zryczałtowane koszty pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego	8
<input type="checkbox"/> Klauzula 9 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	8
<input type="checkbox"/> Klauzula 10 Zryczałtowane koszty pogrzebu rodzica lub teścia Ubezpieczonego	9
<input type="checkbox"/> Klauzula 11 Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego	9
<input type="checkbox"/> Klauzula 12 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9
<input type="checkbox"/> Klauzula 13 Trwale kalectwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9
<input type="checkbox"/> Klauzula 14 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	10
<input type="checkbox"/> Klauzula 15 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	10
<input type="checkbox"/> Klauzula 16 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	11
<input type="checkbox"/> Klauzula 17 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	11
<input type="checkbox"/> Klauzula 18 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	11
<input type="checkbox"/> Klauzula 19 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	11
<input type="checkbox"/> Klauzula 20 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	12
<input type="checkbox"/> Klauzula 21 Długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	13
<input type="checkbox"/> Klauzula 22 Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	13
<input type="checkbox"/> Klauzula 23 Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	14
<input type="checkbox"/> Klauzula 24 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	14
<input type="checkbox"/> Klauzula 25 Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	16
<input type="checkbox"/> Klauzula 26 Poważne zachorowanie współmałżonka Ubezpieczonego	17
<input type="checkbox"/> Klauzula 27 Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	18
<input type="checkbox"/> Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	18
<input type="checkbox"/> Klauzula 29 Inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	19
<input type="checkbox"/> Klauzula 30 Inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	19
<input type="checkbox"/> Klauzula 31 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie choroby	19
<input type="checkbox"/> Klauzula 32 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	20
<input type="checkbox"/> Klauzula 33 Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	20
<input type="checkbox"/> Klauzula 34 Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu	20
<input type="checkbox"/> Klauzula 35 Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	21
<input type="checkbox"/> Klauzula 36 Pokrycie kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku	21
<input type="checkbox"/> Klauzula 37 Zapadnięcie Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku	22
<input type="checkbox"/> Klauzula 38 Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	22
<input type="checkbox"/> Klauzula 39 Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby	22
<input type="checkbox"/> Klauzula 40 Pomoc medyczna w nagłych przypadkach	22
<input type="checkbox"/> Klauzula 41 Lekarz na telefon	25
<input type="checkbox"/> Klauzula 42 Twoja asysta prawna	25
<input type="checkbox"/> Klauzula 43 Abonament na zdrowie	26
<input type="checkbox"/> Klauzula 44 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	27
<input type="checkbox"/> Klauzula 45 Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku	27
Zakres ubezpieczenia NNW	29

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawieranych przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek, wówczas postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
3. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej oraz dołączenie pełnej ich treści do umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
4. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się wyższość zapisów dodatkowych, klauzul dodatkowych, zapisów odmiennych.
5. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w § 7 ust. 1, 2.
6. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, stanowiących załącznik do umowy oraz jej integralną część.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w umowie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **amatorskie uprawianie sportu** – działania, które nie są połączone z jakimkolwiek zarobkiem, polegające na treningach odbywających się nie częściej niż 2 razy w tygodniu w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba, że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników. Definicja ta obejmuje również formy aktywności fizycznej organizowanej dla dzieci w wieku szkolnym do 15 roku życia, jeśli aktywność ta nie odbywa się częściej, niż 2 razy w tygodniu w danej dyscyplinie sportu;
- 2) **choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 3) **choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki – lekarskiej i pielęgniarskiej. Przykładem chorób przewlekłych zgodnie z powyższą definicją są: astma oskrzelowa, mózgowo porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek, inne;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach od F00 do F99;
- 5) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- 6) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za czasową niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy;
- 7) **dziecko** – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- 8) **karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- 9) **klauzula** – umowa dodatkowa, stanowiąca integralną część umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowane jest ryzyko i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- 10) **miejsce aktywności** – miejsce pracy zawodowej lub nauki (w przypadku obejmowania ochroną wychowanków,

- uczniów lub studentów – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia, uczelnia wyższe oraz inne placówki wychowawcze) lub aktywności sportowej (w przypadku obejmowania ochroną osób, które w sposób zawodowy lub amatorski uprawiają sport);
- 11) **miesiąc** – okres liczący 30 dni;
 - 12) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności nadawy serca lub udaru mózgu) ani przejęcia przez władzę organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
 - 13) **ochrona udzielana w wariantcie ograniczonym** – jest jednym z wariantów ochrony występującym wyłącznie w odniesieniu do umów zawieranych w formie grupowej i oznacza, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków dotyczy jedynie skutków zdarzeń, jakim może ulec Ubezpieczony w miejscu aktywności oraz w czasie drogi „do” lub „z” miejsca aktywności, przy czym odpowiedzialność w czasie drogi istnieje wyłącznie gdy droga ta była najkrótsza lub najdogodniejsza komunikacyjnie dla Ubezpieczonego i nie została przerwana;
 - 14) **pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
 - 15) **pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, osoba wykonująca pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą, osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej, bądź innej podobnej umowy, osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menedżerskiego, osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego, a także osoba będąca członkiem bądź współnikiem jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej;
 - 16) **ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
 - 17) **stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi: do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
 - 18) **szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniającej kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; W rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia pojęcie szpitala nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłych chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
 - 19) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat;
 - 20) **trwałe inwalidztwo** – wskazane w załączniku nr 3 znaczne uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
 - 21) **trwałe kalectwo** – wskazane w załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
 - 22) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;

- 23) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 24) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia; ilekroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, dane zapisy są obowiązujące również w stosunku do Współubezpieczonego/y;
- 25) **Ubezpieczyciel** – Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Polska;
- 26) **udar mózgu** – wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podopajęczniówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary lakunarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 3 miesiące;
- 27) **Uposażony główny** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 28) **Uposażony zastępczy** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy wyznaczone osoby lub podmioty jako „Uposażony Główny” nie żyją bądź nie istnieją;
- 29) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony Główny, Uposażony Zastępczy lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 30) **wiek wstępu** – wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 31) **współmałżonek** – Współubezpieczony, osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym partnera, który ukończył 18 rok życia, który posiada od minimum 12 miesięcy przed datą przystąpienia do ubezpieczenia ten sam adres zameldowania co Ubezpieczony lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe. Partner musi zostać zgłoszony Ubezpieczycielowi z chwilą przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony musi być stanu wolnego;
- 32) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, której życie bądź zdrowie jest przedmiotem ochrony w ramach umowy ubezpieczenia;
- 33) **wypadek na terenie zakładu pracy** – zdarzenie, które nastąpiło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych na terenie zakładu pracy, w którym Ubezpieczony, będący pracownikiem, jest zatrudniony i przy stanowisku pracy, jakie jest pracownikowi przyporządkowane, chyba, że Ubezpieczony otrzymał polecenie przełożonego zezwalające na opuszczenie stanowiska pracy lub został delegowany do działań poza wyznaczonym miejscem pracy;
- 34) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG potwierdzających martwicę tkanek mięśnia sercowego, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 35) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej połączona z czerpaniem dochodu, polegająca na regularnych treningach odbywających się częściej niż 2 razy w tygodniu, przy jednoczesnym udziale w zawodach, igryskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, a także przynależność do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport.

§ 3

Umowa ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta na okres:
 - 1) w przypadku umowy okresowej – trwania wykreski, czasów, kolonii, obozu, pobytu w sanatorium, itp.,
 - 2) w przypadku umowy rocznej – 365 dni, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela,
 - 3) w przypadku umowy długoterminowej – wielokrotności 365 dni, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

- W odniesieniu do umów rocznych oraz długoterminowych umowa ubezpieczenia zawierana jest na kolejny, analogiczny do poprzedniej umowy okres ubezpieczenia, jeśli:
 - żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed dniem rocznicy polisy, pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu umowy i
 - zostanie zapłacona kolejna składka regularna na poczet kolejnego okresu ubezpieczenia.W niniejszym trybie umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie.
- Ubezpieczający i Ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, przy czym Ubezpieczyciel w odniesieniu do umowy zawartej w formie grupowej może zastrzec, że:
 - umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu wobec tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrażą zgody na zmianę warunków umowy,
 - lub że umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu w całości w przypadku gdy zgody na zmianę warunków umowy nie udzieli odpowiednia liczba Ubezpieczonych,
 - lub umowa ubezpieczenia na nowych warunkach będzie obowiązywać wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, którzy wyrazili na to zgodę, natomiast w odniesieniu do pozostałych będzie obowiązywać na warunkach dotychczasowych.
- Umowa Ubezpieczenia może być zawarta w formie grupowej imiennej lub bezimiennej oraz w formie indywidualnej.
- Umowę Ubezpieczenia w formie grupowej zawiera się w przypadku obejmowania ochroną minimum 5 osób. W przypadku umowy zawartej w formie grupowej, ochroną ubezpieczeniową może być objęta grupa osób będących pracownikami Ubezpieczającego, uczniami, studentami bądź wychowankami Ubezpieczającego, sportowcami zrzeszonymi bądź zatrudnionymi przez Ubezpieczającego bądź inne osoby uznane przez Ubezpieczyciela za związane z Ubezpieczającym.
- W przypadku zawarcia umowy w formie grupowej imiennej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osoby wymienione w imiennym wykazie stanowiącym załącznik do dokumentu ubezpieczenia, na którym widnieją imiona i nazwiska Ubezpieczonych, adresy zamieszkania, PESEL.
- W przypadku zawarcia umowy w formie grupowej bezimiennej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną wszystkie osoby będące pracownikami (w przypadku obejmowania ochroną pracowników Ubezpieczającego), uczniami, studentami, wychowankami (w przypadku obejmowania ochroną uczniów lub studentów lub wychowanków Ubezpieczającego), sportowcami (w przypadku obejmowania ochroną przez Ubezpieczającego osób, które w sposób zawodowy lub amatorski uprawiają sport) lub inne osoby uznane przez Ubezpieczyciela za związane z Ubezpieczającym (np. uczestnicy imprez masowych, pensjonariusze, etc).
- W przypadku zawarcia umowy w formie indywidualnej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony.
- Niezależnie od postanowień ust. 5 do 8, ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci również Współubezpieczeni – pod warunkiem włączenia do umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące zakresu ochrony odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.
- W przypadku umowy grupowej rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonych i/lub Współubezpieczonych wygasa z upływem okresu za jaki została zapłacona składka.
- W przypadku umowy indywidualnej, rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez danego Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego i/lub Współubezpieczonych wygasa z dniem upływu okresu wypowiedzenia.

§ 5

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - śmierci Ubezpieczonego – w przypadku zawarcia umowy indywidualnej,
 - w dniu wskazany na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługują zwrot składki zapłaconej za okres przypadający po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, za który Ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługują zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków lub choroby.
- Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która w dniu jej zawarcia nie ukończyła 70 roku życia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może obejmować jedną lub kilka klauzul (ryzyk), będących w ofercie Ubezpieczyciela.
- Zakres umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

§ 8

Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) ustalana jest przez strony w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka.
- Ocena ryzyka dokonywana jest na podstawie informacji o: wieku, płci ubezpieczonych, stanu zdrowia oraz czynników wpływających na stan zdrowia, zakresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacenia składki, wykonywanego zawodu, w przypadku ubezpieczeń grupowych – liczby ubezpieczonych;
- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego czy zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego najpóźniej na dzień przed datą wskazaną w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia, środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
- Niezapłacenie pierwszej składki regularnej w wymaganym terminie powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony/Ubezpieczeni nie będą objęci ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
- Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).
- Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniejszej wymaganej.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 12 – Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do pisemnie wskazując dodatkowo co najmniej 7-dniowy termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela, jako ostateczny termin jej uregulowania, z zastrzeżeniem ust. 11.
- W odniesieniu do formy ubezpieczenia grupowego imiennego, w przypadku, gdy zachodzą przesłanki wskazane w ust. 14 w postaci niezapłacenia kolejnej składki regularnej, Ubezpieczyciel może zaproponować wygaszenie odpowiedzialności w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których nie zapłacono składki w dodatkowym wyznaczonym terminie. Wyznaczając dodatkowy termin do zapłaty składki Ubezpieczyciel może również jednocześnie poinformować o tym Ubezpieczonego.

§ 10

Tryb udzielania ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest:
 - w wariantie pełnym: 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 4 i 5,
 - w wariantie ograniczonym: w pracy oraz w drodze do/z pracy lub innego miejsca aktywności, z zastrzeżeniem ust. 2, 4 i 5 oraz § 2 pkt 13).Wariant ochrony ubezpieczeniowej wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Ochrona w przypadku klauzuli (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz w treści klauzuli.

§ 4

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń (klauzuli), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się następujące dokumenty:
 - deklarację przystąpienia poszczególnych osób – na prośbę Ubezpieczyciela,
 - w przypadku umowy grupowej imiennej – wykaz osób, za które przekazano składkę,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

3. W przypadku przystąpienia do grupowej imiennej umowy ubezpieczenia Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu oświadczenie woli dotyczące objęcia ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku umowy grupowej imiennej (wyłączając umowę okresową) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu, w którym Ubezpieczający zgłosił Ubezpieczycielowi przystąpienie Ubezpieczonego do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
5. W przypadku umowy grupowej imiennej okresowej, umowy grupowej bezimiennej oraz umowy indywidualnej, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych/ Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.

§ 11 Okres ochrony

1. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umów rocznych oraz długoterminowych, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego za kolejny okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 2, 3.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego może być przedłużana w trybie określonym w ust. 2 wielokrotnie z zastrzeżeniem § 12 ust. 1.
4. Jeśli w treści danej klauzuli nie wskazano inaczej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do poszczególnych Współubezpieczonych rozpoczyna się i kończy zgodnie z warunkami i postanowieniami stosowanymi wobec poszczególnych Ubezpieczonych.

§ 12

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich klauzul objętych ochroną, w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w dniu, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku umów grupowych – w ostatnim dniu okresu, za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa za Ubezpieczonego,
 - 3) w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14,
 - 4) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 5) w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul),
 - 6) w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku umów ubezpieczenia grupowego Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia z zachowaniem jednomiesięcznego terminu, którego koniec przypada na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone w formie pisemnej oświadczenie o zrezygnowaniu przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej. Z dniem upłynięcia powyższego terminu Ubezpieczony występuje z umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie zostanie złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o fakcie wystąpienia przez Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia niezwłocznie po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym zakresie.
3. W przypadku umów ubezpieczenia grupowego imiennego Ubezpieczającemu przysługują prawo zmiany Ubezpieczonych. Zmiana Ubezpieczonego wchodzi w życie z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych, zgodnie z procedurą obsługi, o której mowa w § 15 ust. 2.

§ 13

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka (klauzuli) zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego (lub kosztów pogrzebu Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzypisanych przez uprawnionego lekarza;
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel – w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych – nie odpowiada za zdarzenia, które powstały

w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:

- 1) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 2) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z rażącego niedbalstwa;
- 3) błędów w sztuce lekarskiej;
- 4) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
- 5) w wyniku niezasadzonego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
- 6) prowadzenia pojazdu mechanicznego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
- 7) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych, przewlekłych, a także wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 8) zdiagnozowanych chorób (nie dotyczy przypadków Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby) i wypadków zaistniałych przed zawarciem bądź przystąpieniem do umowy ubezpieczenia;
- 9) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakiegokolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób zawodowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z zawodowym uprawianiem sportu;
- 10) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
- 11) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding przedkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe oraz innych podobnych sportów; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających w/w dyscyplinę sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
- 12) w wyniku wypadku lotniczego, jeśli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem lub stanowił załogę nielicjonowanych linii lotniczych;
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 14

Karencja

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji.
2. Okresy karencji wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
3. W przypadku wystąpienia w okresie stosowania karencji zdarzenia objętego ochroną, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 4, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - 1) Ubezpieczony przystępując do umowy ubezpieczenia (bądź zawierając ją jako Ubezpieczający) zrezygnował przednio z ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Ubezpieczycielem (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od umowy bądź wypowiedzenie tej umowy),
 - 2) Ubezpieczyciel, w ramach umowy regulowanej postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, odpowiada za analogiczne zdarzenie, które było przedmiotem umowy ubezpieczenia, z której Ubezpieczony zrezygnował,
 - 3) minął okres karencji, o którym mowa w ust. 2, przy uwzględnieniu okresu, jakim Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia u poprzedniego Ubezpieczyciela, z której zrezygnował,

- 4) od momentu rezygnacji z poprzedniej umowy ubezpieczenia do momentu objęcia ochroną w ramach umowy regulowanej niniejszymi postanowieniami nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni.

4. W przypadku wskazanym w ust. 3 Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości jaka przysługiwałaby Ubezpieczonemu w ramach umowy ubezpieczenia u poprzedniego Ubezpieczyciela, z której Ubezpieczony zrezygnował, z zastrzeżeniem, iż wysokość świadczenia nie może być wyższa niż ta, która została określona dla danego ryzyka (klauzuli) w ramach umowy ubezpieczenia regulowanej postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystąpił.
5. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może odstąpić od stosowania karencji. Odstąpienie wyrażane jest poprzez pisemną zgodę Ubezpieczyciela.

OBOWIĄZKI STRON

§ 15

Obowiązki stron związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia

1. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczającym spoczywają również następujące obowiązki:
 - 1) terminowe przekazywanie składek na konto Ubezpieczyciela,
 - 2) w przypadku formy umowy grupowej imiennej sporządzenie i przekazywanie Ubezpieczycielowi, przed początkiem każdego okresu składkowego, listy obejmującej Ubezpieczonych objętych ochroną, pod rygorem odmowy wypłaty lub realizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia osobie, która w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego nie była ujęta na tej liście lub lista ta nie została przesłana,
 - 3) w przypadku formy umowy grupowej imiennej, sporządzenie listy osób przystępujących do ubezpieczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia oraz niezwłoczne przesłanie jej wraz z pozostałą dokumentacją do siedziby Ubezpieczyciela,
 - 4) zbieranie i przesyłanie do Ubezpieczyciela oświadczeń woli Ubezpieczonych, kwestionariuszy medycznych lub innych dokumentów, jeśli Ubezpieczyciel wskazał taką konieczność podjętą oceną ryzyka,
 - 5) przekazywanie Ubezpieczonemu w sposób zrozumiały i dostępny dla Ubezpieczonego informacji o zawartej umowie ubezpieczenia – a w szczególności:
 - a) informacji o rodzajach i wysokościach świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia,
 - b) informacji o wysokości składek ubezpieczeniowych,
 - c) informacji o zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) informacji o procedurze postępowania w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) informacji o zmianie warunków umowy bądź prawa właściwego – w przypadku wprowadzenia tego rodzaju zmiany,
 - f) informacji o każdej zmianie w zakresie sum ubezpieczenia.
 - 6) udostępnianie Ubezpieczonemu ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informowanie o warunkach odbiegających od ogólnych warunków ubezpieczenia, na których została zawarta umowa ubezpieczenia,
 - 7) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonemu skierowanej do nich i związanej z umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego,
 - 8) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
2. W przypadku form ubezpieczenia grupowego, do szczególnych obowiązków Ubezpieczającego należy stosowanie się do procedur obsługi umów ubezpieczenia. Obowiązujące procedury każdorazowo załączane są do treści umowy ubezpieczenia i stanowią jej integralną część.
3. W przypadku form ubezpieczenia grupowego, obsługa ubezpieczenia oraz związane z nią informacje (w szczególności przekazywanie wykazu osób ubezpieczonych) powinny być przekazywane drogą elektroniczną lub poprzez systemy informatyczne proponowane przez Ubezpieczyciela.
4. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczycielu spoczywają również następujące obowiązki:
 - 1) terminowo oraz z należytą starannością wykonywać zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia,
 - 2) przyjmować oświadczenia kierowane ze strony Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i innych osób uprawnionych,
 - 3) przekazywać Ubezpieczającemu pisemnie wszelkie informacje związane ze zmianą treści warunków ubezpieczenia związanych ze zmianą przepisów prawnych,

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

- informować osoby uprawnione do otrzymania świadczenia o wszelkich dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozmiaru szkody,
- zawiadamiać osoby uprawnione do świadczenia o przyczynach niezaspokojenia ich roszczeń w części lub całości.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 16

Postępowanie w razie wypadku

- W razie powstania wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawiony/ Uposażony jest obowiązany:
 - każdy wypadek powstały w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty powstania wypadku,
 - złożyć wnioski o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleceniemu leczeniu,
 - umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
 - poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela,
 - poddania się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej,
 - umożliwienia zasięgnięcia przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,
 - dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z Prokuratury lub Sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia,
 - dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia,
 - poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia,
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
- W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
- Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1 Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku. W przypadku gdy na skutek naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 do 4 (również przez Uprawionego do świadczenia) – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie – niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia.

§ 17

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

- Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość świadczenia ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
- Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach

niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.

- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
- Ubezpieczyciel udostępni osobom uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych nie powodujący nadmiernego, utrudnienia dla tych osób.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca wypadku.
- Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klausul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.

§ 18

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

- Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 19

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

- Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
- Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądź (np. usłudze) – realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klausuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

Oświadczenia

- Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
- Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie. W przypadku niepowiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30 dni kalendarzowych od dnia jego wysłania.

§ 21

Zmiana treści umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 22

Właściwość sądowa

- Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
- Zarząd Ubezpieczyciela jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego, Uposażonego

lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania wniosku.

- Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 23

Odstąpienie

- W sprawach nieuregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
- Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 24

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 25

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

KLAUZULE

KLAUZULA 0 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU UBEZPIECZONEGO

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu Ubezpieczonego.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją lub
 - w następstwie pogryzienia przez psa, lub
 - śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie.
- Dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 wynosi 50% sumy ubezpieczenia na wypadek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zasły okoliczności wskazane w ust. 2. 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
- W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2. 3) warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osierocone dzieci w chwili zajścia zdarzenia były poniżej 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
- Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2 jeśli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł na terenie RP.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 2 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

komunikacja publiczna – korzystanie z komunikacji miejskiej tj. przejazd: autobusami, tramwajami, metrem, trolejbusem i/lub komunikacji międzymiastowej na terenie RP tj. przejazd pociągiem, autobusem w ramach usług świadczonych przez przedsiębiorstwo komunikacji samochodowej lub przelot samolotem licencjonowanych linii lotniczych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli udział Ubezpieczonego w wypadku jest – zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – kwalifikowany jako wypadek przy pracy.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy, o którym mowa w ust. 1 nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony w trakcie wypadku miał zapięte pasy bezpieczeństwa, a dany pojazd posiadał poduszki bezpieczeństwa i miał ważny przegląd techniczny, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie.
- Dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 wynosi:
 - 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli wypadek nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną, lub
 - 15% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony miał zapięte pasy bezpieczeństwa oraz dany pojazd posiadał ważny przegląd techniczny i był wyposażony w poduszki bezpieczeństwa.
- Jeśli bezpośrednią przyczyną wypadku komunikacyjnego będzie przekroczenie przez Ubezpieczonego – będącego kierowcą pojazdu mechanicznego – dopuszczalnej prędkości o co najmniej 60 km/h, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3 oraz ograniczy świadczenie, o którym mowa w ust. 1 do 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 jeżeli wypadek ubezpieczeniowy wystąpił na terenie RP.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 3 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM W PRACY

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w trakcie wykonywania obowiązków służbowych w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli pracownik nie przestrzegał przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, co w sposób pośredni lub bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
- Za wypadek w ruchu komunikacyjnym w pracy nie uznaje się drogi z domu do pracy i z pracy do domu oraz sytuacji, w których pracownik przebywa na urlopie wypoczynkowym, wychowawczym lub macierzyńskim lub przebywa na zwolnieniu lekarskim.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 4 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA TERENIE ZAKŁADU PRACY

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie wykonywania obowiązków służbowych w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli pracownik nie przestrzegał przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, co w sposób pośredni lub bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
- Za wypadek na terenie zakładu pracy nie uznaje się drogi z domu do pracy i z pracy do domu oraz sytuacji, w których pracownik przebywa na urlopie wypoczynkowym, wychowawczym lub macierzyńskim lub przebywa na zwolnieniu lekarskim.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

KLAUZULE

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 5 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

udar mózgu – wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary lakunarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 24 godziny.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 90 dni od daty zdarzenia.
2. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił na skutek nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza.
3. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 6 ZRZYCAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu dziecka Ubezpieczonego.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pogrzebu dziecka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 7 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci dziecka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem minęło nie więcej niż 180 dni.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
- 7) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 8 ZRZYCAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 9 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy śmiercią a nieszczęśliwym wypadkiem minęło nie więcej niż 180 dni.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULE

KLAUZULA 10 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU RODZICA LUB TEŚCIA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **rodzic Ubezpieczonego** – Współubezpieczony, bez względu na wiek, ojciec lub matka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego;
- 2) **teść Ubezpieczonego** – Współubezpieczony, bez względu na wiek, ojciec lub matka małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka Ubezpieczonego.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- 1) Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu rodzica Ubezpieczonego lub pogrzebu teścia Ubezpieczonego.
- 2) W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pogrzebu rodzica lub teścia Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W odniesieniu do ryzyka pogrzebu rodzica Ubezpieczonego lub teścia Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w odniesieniu do każdego z następujących zdarzeń:
 - 1) pogrzebu rodzica Ubezpieczonego – pogrzeb kobiety,
 - 2) pogrzebu rodzica Ubezpieczonego – pogrzeb mężczyzny,
 - 3) pogrzebu teścia Ubezpieczonego – pogrzeb kobiety,
 - 4) pogrzebu teścia Ubezpieczonego – pogrzeb mężczyzny.Suma wypłat nie może przekroczyć czterokrotności sumy ubezpieczenia wskazanej za to ryzyko w całym okresie, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną.
2. Na potrzeby niniejszej klauzuli uznaje się, że w stosunku do Współubezpieczonych będących rodzicem lub teściem Ubezpieczonego nie stosuje się zapisów dotyczących wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej ze względu na wiek wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) aktualnego odpisu skróconego aktu zgonu rodzica/teścia Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub innego zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,
- 5) aktualnego odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego – w przypadku zgonu teścia Ubezpieczonego,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 11 RENTA DLA KAŻDEGO Z OSIEROCONYCH DZIECI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego nie miało ukończonego 25 roku życia lub bez względu na wiek dziecka, jeżeli jest ono całkowicie i trwale niezdolne do pracy według orzeczenia organu emerytalno-rentowego.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko renty dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci każdemu z osieroconych dzieci Ubezpieczonego sumę ubezpieczenia wskazaną w polisie lub umowie ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Uprawiony wyrazi taką wolę – sumę ubezpieczenia wskazaną w polisie lub umowie ubezpieczenia podzieloną na 12 równych części, w formie wypłaty renty miesięcznej, płatnej przez okres 12 miesięcy.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 12 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dob i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;
- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje uszczerbku na zdrowiu doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju uszczerbku

na zdrowiu, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.

4. Łączna wartość świadczeń z ryzyka uszczerbku na zdrowiu wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących uszczerbek i liczbę rodzajów uszczerbków doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju uszczerbku (**załącznik nr 1**) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Tabela rodzaju uszczerbku jest dostępna w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaoncordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Późniejsza zmiana trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabeli wskazanej w ust. 2
5. Uszczerbek na zdrowiu ustalany jest w procentach, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszczerbku w tabeli rodzaju uszczerbku (**załącznik nr 1**).
6. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 1 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku albo uszczerbku nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
2. Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 13 TRWAŁE KALECTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dob i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek kalectwa Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem.

KLAUZULE

- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, jeśli dane kalectwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju kalectwa, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje kalectwa doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju kalectwa będzie uwzględniana w sobie utratą zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju kalectwa w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju kalectwa, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Łączna wartość świadczeń z ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących kalectwo i liczbę rodzajów kalectwa doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju kalectwa (załącznik nr 2) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Tabela rodzaju kalectwa jest dostępna w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Rodzaj i stopień kalectwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem było kalectwo. Późniejsza zmiana trwałego kalectwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. Rodzaj i stopień kalectwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabeli wskazanej w ust. 2.
5. Trwałe kalectwo ustalane jest w procentach wskazanych dla danego rodzaju kalectwa w tabeli rodzaju kalectwa (załącznik nr 2).
6. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 1 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku albo kalectwa nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
2. Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 14 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

uciążliwość leczenia – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym przebywał w szpitalu przez 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju inwalidztwa będzie uwzględniana w sobie utratą zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Łączna wartość świadczeń z ryzyka inwalidztwa wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących inwalidztwo i liczbę rodzajów inwalidztwa doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju inwalidztwa (załącznik nr 3) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Tabela rodzaju inwalidztwa dostępna jest również w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Rodzaj i stopień inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Późniejsza zmiana stopnia inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. Rodzaj i stopień inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabeli wskazanej w ust. 1.
5. Inwalidztwo ustalane jest w procentach, wskazanych dla danego rodzaju inwalidztwa w tabeli rodzaju inwalidztwa (załącznik nr 3).
6. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku albo inwalidztwa nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego następstwie umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie

pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.

2. Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 15 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

uciążliwość leczenia – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek zawału serca lub udaru mózgu przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym zawałem serca lub udarem mózgu.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje uszczerbku na zdrowiu doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniana w sobie utratą zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Łączna wartość świadczeń z ryzyka uszczerbku na zdrowiu wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących uszczerbek i liczbę rodzajów uszczerbków doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie dla danej klauzuli.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju uszczerbku (załącznik nr 1) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Tabela rodzaju uszczerbku dostępna jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Późniejsza zmiana trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela na podstawie tabeli wskazanej w ust. 2.
5. Uszczerbek na zdrowiu ustalany jest w procentach, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszczerbku w tabeli rodzaju uszczerbku (załącznik nr 1).

KLAUZULE

6. Jeżeli w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu i jednocześnie z tytułu zajścia tego zdarzenia albo uszczerbku nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia zdarzenia Ubezpieczony umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
2. Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 16 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w następstwie nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
3. Jeżeli w stosunku do danego Ubezpieczonego zostanie orzeczone trwała i całkowita niezdolność do pracy, świadczenie wynikające z ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego w ramach klauzuli czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach tej klauzuli).

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 17 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek choroby w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie chorobą nie będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
5. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w związku z ciążą, porodem i pologiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 18 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie zawałem serca lub udarem mózgu.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w następstwie zawału serca lub udaru mózgu rozpoznanych i zdiagnozowanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu jest złożenie, oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 19 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.

- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania wydanego i zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznej lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariancie:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym pobyt na OIOM, ale nie obejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego:
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale

rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).

- 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.

III. Pobyt Ubezpieczonego na OIOM

- 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
 3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu)
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 20 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie chorobą.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 3 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
5. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z leczeniem bezpłodności,
 - 3) w związku z ciążą (z wyjątkiem pobytu na oddziale patologii ciąży), porodem (z wyjątkiem porodu patologicznego, który poprzedzony był porodem pacjentki na oddziale patologii ciąży przez co najmniej 48 godzin), połogu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie połogu),
 - 4) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 5) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 6) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 7) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – alternatywnie – w wariancie:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, (w tym pobyt na OIOM, ale nie obejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt. 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.
- III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100%

świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
- Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym;
- Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 21 DŁUGOTRWALY I UCIAŻLIWY POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
- sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującego konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
- Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
- Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie uznany za pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pod warunkiem, że pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku

powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek.

- Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 30 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej-kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Ubezpieczyciel w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie, za każde ukończone 30 dni pobytu w szpitalu (świadczenie miesięczne).
- Ubezpieczyciel wypłaci w okresie ubezpieczenia nie więcej niż trzy świadczenia miesięczne, o których mowa w ust. 1.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka długotrwałego i uciążliwego pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 22 POBYT DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia;
- OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.
- pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której dziecko Ubezpieczonego przebywało w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującego konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
- Pobyt dziecka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
- Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - wylącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariantach:
 - standardowym – obejmującym pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, (w tym pobyt na OIOM, ale nie obejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - pełnym – obejmującym pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
- Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - Pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź sanatorium**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala.
- Pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego

na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

- 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
 3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym dziecko Ubezpieczonego ukończyło 25 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 3) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania przez dziecko Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 23

POBYT WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiedzialnymi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której współmałżonek Ubezpieczonego przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.

2. Pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leceń oszpeceń i skałcezeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłeski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariancie:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu (w tym pobyt na OIOM, ale nie obejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.
 - III. **Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.

2. Świadczenia wskazane w ust 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym współmałżonek Ubezpieczonego ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany,
- 4) odpisu skróconego aktu małżeństwa (nie dotyczy partnera),
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania przez współmałżonka Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 24

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia bądź innych klauzulach:

- 1) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 2) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 3) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacięku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 4) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 5) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające

- ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 6) **chirurgiczne leczenie chorób naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
- utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy;
 - stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+);
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczkę powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
- 8) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie i/lub wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodującej trwałą i postępującą ubytek neurologiczny;
- 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciela o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę i lekarza Towarzystwa;
- 11) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtań), przewlekłej choroby krtań, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; Utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym.
- 13) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewięciokąt” lub tabeli Lunda i Browdera;
- 14) **stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
- 15) **śpiączka** – stan w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczerliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego;
- 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
- 17) **anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej, nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - przeszczep szpiku kostnego;
- Rozpoznanie anemii aplastycznej winno być potwierdzone przez specjalistę hematologa;

- 18) **zakażenie wirusem HIV** – zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, wtórne do zakażenia wirusami HIV, w wyniku bezpośredniego wykonywania obowiązków zawodowych, lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas prowadzenia obowiązków służbowych. Ubezpieczyciel udziela również ochrony na wypadek zakażenia wirusem HIV jako powikłanie transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię. Przypadki zakażenia wirusem HIV muszą być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub wiarygodną dokumentacją medyczną, przedstawioną Ubezpieczycielowi pod warunkiem, że do zakażenia doszło w trakcie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela;
- 19) **choroba Creutzfelda Jakoba** – klinicznie rozpoznana przez specjalistę neurologa choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
- kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej,
 - samodzielnego ubierania się i rozbierania się, (konieczna jest pomoc osób trzecich),
 - samodzielnego mycia się i toalety, (konieczna jest pomoc osób trzecich),
 - samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, (konieczna jest pomoc osób trzecich),
 - samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
- 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi objawiać co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmoczenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopy. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
- 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu, pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbiel, malformacji naczyniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;
- 22) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu wypadku lub choroby. Wyklucza się niedowłady. O trwałości porażenia można orzekać po upływie 180 dni od dnia zajścia zdarzenia;
- 23) **piorunujące zapalenie wątroby** (hepatitis fulminans) – niewydolność wątroby spowodowana piorunującym zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową. Konieczne jest stwierdzenie wystąpienia następujących objawów: gwałtowne pogorszenie parametrów czynności wątroby wskazujące na masywne uszkodzenie miąższu wątroby, gwałtowne zmniejszenie się masy wątroby, objektywne objawy encefalopatii wątrobowej, martwica wątroby obejmująca całe zraziki z pozostawieniem siateczki zapadniętych naczyń. Ubezpieczyciel wyklucza i nie ponosi odpowiedzialności jeśli piorunujące zapalenie wątroby powstało wskutek próby samobójczej, samozatrucia, przedawkowania leków i/lub nadużycia alkoholu;
- 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, ośłupienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencji i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
- 25) **wstrząs septyczny** – sepsa (sepsis) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakteriami, iremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **przewlekłe zapalenie wątroby typ C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad

6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włókienienia lub masełkości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, poważnego zachorowania.
- W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty umową ubezpieczenia.
- Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kobietą – polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku odpowiednio:
 - w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest mężczyzną – polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badania palpacyjne odbytu).
- Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3 są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstęp pomiędzy badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4

Warianty zakresu ochrony

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantcie:
 - standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny guz mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,

KLAUZULE

- stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulmonektomia,
 - anemia plastyczna,
 - zakażenie wirusem HIV,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - oponiak,
 - paraliż,
 - piorunujące zapalenie wątroby,
 - choroba Alzheimera,
 - wstrząs septyczny,
 - przewlekłe zapalenie wątroby typ C.
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej lub umowie ubezpieczenia.

§ 5

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony dozna poważnego zachorowania oraz nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 180 dni od dnia jego wystąpienia umrze, Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 6

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
- 1) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i połogiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 2) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 3) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - 4) w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie,
 - 5) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
- 1) w zakresie podstawowym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek;
 - 2) w zakresie rozszerzonym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - choroba Alzheimera.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:
- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
 - 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

§ 8

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 9

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 25 POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.
- 2) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 3) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwałe i postępujący ubytek neurologiczny;
- 4) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 5) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - 1) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy;
 - 2) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - 3) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczkę, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyniowych” na skórze;
- 6) **śpiączka** – stan w którym znalazło się dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikła na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób dziecka Ubezpieczonego;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującej dokumentacją medyczną;
- 8) **stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien osłokowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u dziecka Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, poważnego zachorowania.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań:
- 1) nowotwór,
 - 2) łagodny guz mózgu,
 - 3) przewlekła niewydolność nerek,
 - 4) zapalenie wątroby typu B,
 - 5) śpiączka,
 - 6) dystrofia mięśniowa,
 - 7) stwardnienie rozsiane.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli dziecko Ubezpieczonego dozna poważnego zachorowania i Ubezpieczony nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 180 dni od dnia jego wystąpienia dziecko Ubezpieczonego umrze, a Ubezpieczonemu – na podstawie odrębnej klauzuli – przysługuje prawo do świadczenia na wypadek śmierci dziecka, Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:

- 1) w wyniku powtórnego wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
- 2) w wyniku poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie,
- 3) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem dziecka Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 6

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:
- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania,
 - 6) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną dziecka w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

KLAUZULA 26 POWAŻNE ZACHOROWANIE WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia bądź innych klauzulach:

- 1) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 2) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 3) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 4) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 6) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile współmałżonek Ubezpieczonego jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniająca łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspartAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHbS (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczkę powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyniowych” na skórze;
- 8) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwałe i postępujący ubytek neurologiczny;
- 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciel o trwałości schorzenia można orzekać

- po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę i lekarza Towarzystwa;
- 11) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
 - 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; Utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym.
 - 13) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewiętek” lub tabeli Lunda i Browdera;
 - 14) **stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
 - 15) **śpiączka** – stan w którym znalazł się współmałżonek Ubezpieczonego w następstwie nieszczerliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikła na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób współmałżonka Ubezpieczonego;
 - 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotwora;
 - 17) **anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej, nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - d) przeszczep szpiku kostnego;
 Rozpoznanie anemii aplastycznej winno być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
 - 18) **zakażenie wirusem HIV** – zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, wtórne do zakażenia wirusami HIV, w wyniku bezpośredniego wykonywania obowiązków zawodowych, lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas prowadzenia obowiązków służbowych. Ubezpieczyciel udziela również ochrony na wypadek zakażenia wirusem HIV jako powikłanie transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię. Przypadki zakażenia wirusem HIV muszą być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub wiarygodną dokumentacją medyczną, przedstawioną Ubezpieczycielowi pod warunkiem, że do zakażenia doszło w trakcie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela;
 - 19) **choroba Creutzfelda Jakoba** – klinicznie rozpoznana przez specjalistę neurologa choroba powodująca niemożność wykonywania przez współmałżonka Ubezpieczonego minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej
 - b) samodzielnego ubierania się i rozbierania się, a konieczna jest pomoc osób trzecich
 - c) samodzielnego mycia się i toalety, a konieczna jest pomoc osób trzecich
 - d) samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, a konieczna jest pomoc osób trzecich
 - e) samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
 - 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi objawiać co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmoczenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopu. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
 - 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu, pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbiel, malformacji naczyniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;

- 22) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu wypadku lub choroby. Wyklucza się niedowład. O trwałości porażenia można orzekać po upływie 180 dni od dnia zajścia zdarzenia;
- 23) **piorunujące zapalenie wątroby** (hepatitis fulminans) – niewydolność wątroby spowodowana piorunującym zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową. Konieczne jest stwierdzenie wystąpienia następujących objawów: gwałtowne pogorszenie parametrów czynności wątroby wskazujące na masywne uszkodzenie mięszu wątroby, gwałtowne zmniejszenie się masy wątroby, objektywne objawy encefalopatii wątrobowej, martwica wątroby obejmująca całe zraziki z pozostawieniem siateczki zapadniętych naczyń. Ubezpieczyciel wyklucza i nie ponosi odpowiedzialności jeśli piorunujące zapalenie wątroby powstało wskutek próby samobójczej, samozatrucia, przedawkowania leków i/lub nadużycia alkoholu;
- 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem umysłowym i utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, otępienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencji i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
- 25) **wstrząs septyczny** – sepsa (sepsis) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozszewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakteremia, iremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **przewlekłe zapalenie wątroby typ C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włókienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwiałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u współmałżonka Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, poważnego zachorowania.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty umową ubezpieczenia.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego.
2. W przypadku, gdy u współmałżonka Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy u współmałżonka Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką współmałżonka Ubezpieczonego polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku odpowiednio:
 - 1) w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - 2) w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką współmałżonka Ubezpieczonego polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badanie palpacyjne odbytu).
6. Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3 są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstępek pomiędzy badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - 2) pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny guz mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,
 - stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulmonektomia,
 - zakażenie wirusem HIV,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - oponiak,
 - paraliż,
 - piorunujące zapalenie wątroby,
 - choroba Alzheimera,
 - wstrząs septyczny,
 - przewlekłe zapalenie wątroby typ C.
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej lub umowie ubezpieczenia.

§ 5

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli współmałżonek Ubezpieczonego dozna poważnego zachorowania a Uprawniony nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 180 dni od dnia jego wystąpienia współmałżonek umrze, Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 6

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pologiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 2) w związku z pełnieniem przez współmałżonka Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 3) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpienie którego Uprawniony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - 4) w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym

zachorowaniem, za wystąpienie którego Uprawniony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie,

- 5) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem współmałżonka Ubezpieczonego ochroną ubezpieczenia
2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym współmałżonek ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - 1) w zakresie podstawowym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek;
 - 2) w zakresie rozszerzonym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - choroba Alzheimera.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego zostaje ograniczona do ostatniego dnia miesiąca, w którym współmałżonek ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 3) kopii dowodu tożsamości współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
 - 5) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną współmałżonka w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

§ 8

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 9

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 27 CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności do pracy, jeśli dana niezdolność do pracy nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od dnia wypadku.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające czasową niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez

lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

4. Jeżeli w stosunku do danego Ubezpieczonego zostanie orzeczona czasowa niezdolność do pracy, świadczenie wynikające z ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach tej klauzuli) zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego w ramach niniejszej klauzuli.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o czasowej niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**w załączniku nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzul dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
NNWIG/OWU/14/01

KLAUZULE

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 29

INWALIDZTWO WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności współmałżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku współmałżonek Ubezpieczonego może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzuli dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 współmałżonek Ubezpieczonego zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

KLAUZULA 30 INWALIDZTWO DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.
- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności dziecka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku dziecko Ubezpieczonego może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzuli dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 dziecko Ubezpieczonego zostanie uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaoncordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciała obcych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek choroby zostanie poddany operacji chirurgicznej.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
3. Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określoną procent sumy ubezpieczenia, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:

1 stopień trudności	100% sumy ubezpieczenia
2 stopień trudności	45% sumy ubezpieczenia
3 stopień trudności	15% sumy ubezpieczenia
2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli (**załącznik nr 5**).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego lub sumy świadczeń w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej, a następnie w ciągu 180 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego umrze i śmieć Ubezpieczonego

KLAUZULE

nastąpi w wyniku tej operacji bądź w następstwie tej samej choroby, w następstwie której Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel Umniejszony kwotę świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poddania się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznie – kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w par. 1 niniejszej klauzuli,
 - 4) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pologiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 5) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następujących operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 32 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciał obcych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku zostanie poddany operacji chirurgicznej.
2. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 1, po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.

3. Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:

1 stopień trudności	100% sumy ubezpieczenia
2 stopień trudności	45% sumy ubezpieczenia
3 stopień trudności	15% sumy ubezpieczenia
2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowy umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w par. 1 niniejszej klauzuli 5).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego lub sumy świadczeń w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony nabeędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej, a następnie w ciągu 180 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego umrze i śmierć Ubezpieczonego nastąpi w wyniku tej operacji bądź w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel umniejsza kwotę świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poddania się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznie – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leżeń oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w par. 1 niniejszej klauzuli,
 - 4) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następujących operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
- 5) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 33 URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na urodzeniu się dziecka Ubezpieczonego.
2. W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się dziecka Ubezpieczonego 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 34 URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA UBEZPIECZONEMU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które urodziło się martwe, w konsekwencji czego został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że dziecko Ubezpieczonego urodziło się martwe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci dziecka Ubezpieczonego, w konsekwencji której został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że dziecko Ubezpieczonego urodziło się martwe.
2. W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

KLAUZULE

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 35 URODZENIE SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- fenyloketonuria** (ICD-10 E70.0) – choroba u podłoża której leży mutacja genu odpowiedzialnego za aktywność enzymu hydroksylazę fenyloalaninową (PAH). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone po minimum 7 dniach od dnia urodzin dziecka badaniem kolorymetrycznym wykazującym stężenie fenyloalaniny lub badaniem metabolitów fenyloalaniny w moczu z zastosowaniem FeCl₃. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy (wg podziału klinicznego) fenyloketonurii klasycznej (aktywność PAH < 1%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie > 1200 µmol/l). Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za łagodne formy choroby takie jak fenyloketonuria łagodna (aktywność PAH 1-3%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie 600-1200 µmol/l) lub hiperfenyloalaninemia łagodna (aktywność PAH 3-6%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie < 600 µmol/l).
- ubytek przegrody międzykomorowej** (ICD-10 Q21.0) – wrodzona wada serca, polega na ubytku w części błoniastej przegrody międzykomorowej lub części mięśniowej. Ubezpieczyciel odpowiada za te przypadki ubytku przegrody międzykomorowej, które wymagają leczenia chirurgicznego (operacji). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem radiologicznym lub USG pozwalającym określić wielkość i lokalizację ubytku oraz wielkość przecieku oraz badaniem EKG stwierdzającym patologiczny lewogram, głębokie załamki S w odprowadzeniach przedsercowych V1-V3, wysokie załamki R w odprowadzeniach V4-V6.
- galaktozemia** (ICD-10 E74.2) – choroba genetyczna objawiająca się brakiem enzymu galaktozo-1-fosforanurydylotransferazy (G-1-UPT) lub brakiem galaktokinazy co doprowadza do niemożliwości przekształcenia galaktozy w glukozę. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone wynikami badań stwierdzającymi podwyższone stężenie galaktozy we krwi, obecność galaktozy w moczu oraz brakiem transferazy w krwinkach czerwonych.
- tetralogia Fallota** (zespół Fallota) (ICD-10 Q21.3) – wrodzona wada serca, na którą składają się zwężenie drogi odpływu prawej komory, duży ubytek w przegrodzie międzykomorowej, przesunięcie w prawo aorty (aorta jeździec, prawostronne położenie aorty, dekstropozycja aorty) oraz przerost prawej komory serca, wtórny do zwężenia. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem radiologicznym lub USG oraz badaniem EKG.
- Zespół Downa** (ICD-10 Q90) – zespół wad wrodzonych spowodowany obecnością dodatkowego chromosomu 21 albo jego części, objawiający się typowymi dla tej choroby cechami dysmorficznymi. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem cytogenetycznym. Ubezpieczyciel odpowiada za urodzenia dziecka z Zespołem Downa, którego matka nie ukończyła w dniu urodzin dziecka 37 roku życia.
- Wodogłowie wrodzone** (ICD-10 Q03) – zwiększenie objętości płynu mózgowo-rdzeniowego noworodka w układzie komorowym mózgu spowodowane nieprawidłowym krążeniem płynu mózgowo-rdzeniowego w następstwie wrodzonych wad anatomicznych powodujące wzrost ciśnienia śródczaszkowego powyżej wartości 3 cm H₂O. Definicja nie obejmuje wodogłowia nabytego (ICD-10 G91), wodogłowia spowodowanego wrodzoną toksoplazmozą (ICD-10 P37.1), wodogłowia ze współistniejącym rozszerzeniem kręgosłupa (Q05.0-Q05.4) oraz Zespołu Arnolda-Chiarięgo (Q07.0). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem USG lub badaniem tomograficznym.
- Mukowiscydoza** (ICD-10 E84) – w r o d z o n a , genetycznie uwarunkowana choroba ogólnoustrojowa o różnorodnej ekspresji klinicznej, będąca następstwem mutacji genu odpowiedzialnego za syntezę błonowego kanału chlorkowego CFTR. Ubezpieczyciel – w ramach niniejszej definicji – odpowiada wyłącznie mutację delta F 508. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone dodatnim wynikiem testu potowego (Cl- > 60 mmol/l w co najmniej dwóch badaniach), wykryciem mutacji w obu allelach CFTR, lub dużą wartością przezbrońowej różnicy potencjałów.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, jeśli diagnoza nastąpi przed upływem 180 dni od daty zdarzenia.
- W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu z wadą wrodzoną 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające wystąpienie jednej ze wskazanych w § 1 chorób oraz fakt, że dziecko urodziło się żywe, a w akcie urodzenia dziecka Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.
- Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli urodziło się dziecko, u którego stwierdzono jedną lub kilka wad lub chorób wskazanych w § 1.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również wszelkiej dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie jednej z w/w chorób/wad.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 36 POKRYCIE KOSZTÓW PRZESZCZEPÓW LUB REKONSTRUKCJI ORGANU W WYNIKU CHOROBY NOWOTWOROWEJ LUB W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

choroba nowotworowa – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka > 0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony poddał określoną część ciała przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabył protezę. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy było następstwem określonego uszczerbku na zdrowiu, którego Ubezpieczony doznał na skutek choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za te wypadki, które zostały wymienione w załączniku nr 4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi zarówno w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu jest bezpośrednią konsekwencją choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku, jak również gdy jest konsekwencją związanego z nimi leczenia.
- W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pokrycia kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub następstw nieszczęśliwych wypadków 6 miesięczną karencję, o ile wypadek ubezpieczeniowy ma związek z chorobą.
- W przypadku gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem jakiemu uległ Ubezpieczony, warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście

tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.

- Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego dokonano u Ubezpieczonego przeszczepu lub rekonstrukcji bądź po zakończeniu leczenia oraz nabyciu przez Ubezpieczonego protezy.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia (sumy bazowej dla ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji) – zgodnie z załącznikiem nr 4.
- Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna kilku rodzajów uszczerbków na zdrowiu, których następstwem było poddanie określonych części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi, bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje przeszczepów bądź rekonstrukcji, którym poddał się Ubezpieczony, jak również wszystkie przypadki nabycia protezy w związku z tym samym zdarzeniem.
- W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
- Łączna wartość świadczeń z ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę i rodzaj uszczerbków na zdrowiu powodujących przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego ryzyka dodatkowego.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych niezwiązanych z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych niezwiązanych z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - w następstwie zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - w związku z chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; wyłączenie to dotyczy także nabycia protezy,
 - w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i potogiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
- Ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia do przeszczepów i rekonstrukcji powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- wniosku o wypłatę świadczenia,
- kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub zakup protezy,
- dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policyjne, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 7

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULE

KLAUZULA 37 ZAPADNIĘCIE UBEZPIECZONEGO W ŚPIĄCZKĘ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

śpiączka – stan w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli Ubezpieczony zapadł w śpiączkę, wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 10 dni od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dzienne za każdy dzień śpiączki Ubezpieczonego licząc od dnia zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę.
2. Wysokość świadczenia dziennego wynosi 1% sumy ubezpieczenia na wypadek zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel w ramach jednej umowy ubezpieczenia wypłaci nie więcej niż wysokość 100% sumy ubezpieczenia (100 świadczeń dziennych).
4. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie choroby.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 38 POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA I OBSŁUGI ZADŁUŻENIA

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia w życiu Ubezpieczonego, w trakcie spłacania pożyczki i/lub kredytu i ponoszeniu opłat eksploatacyjnych z tytułu użytkowania miejsca zamieszkania, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i/lub czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości zgodnej z zapisami ust. 3, 4 i sumą ubezpieczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Świadczenie o którym mowa w ust. 1 składa się z dwóch elementów:
 - 1) świadczenia polegającego na pokryciu ryczałtowo opłat, które Ubezpieczony musi ponosić w związku

z użytkowaniem miejsca zamieszkania (opłaty za prąd, gaz, wodę itp.)

- 2) świadczenia polegającego na spłaceniu kredytu/ów (pożyczek itp.), które w okresie niezdolności do pracy Ubezpieczony jest zobowiązany spłacać.
 3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) jest świadczeniem jednorazowym i wynosi 40% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
 4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) jest świadczeniem jednorazowym i wynosi maksymalnie 60% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
 5. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 1) Ubezpieczony nie jest zobowiązany do przedstawienia jakichkolwiek rachunków.
 6. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 2) Ubezpieczony zobowiązany jest do przedstawienia umowy kredytu/umowy pożyczki, w której wskazany jest harmonogram spłat rat kredytu/pożyczki, a w której Ubezpieczony występuje jako kredytobiorca lub w spółkredytobiorca. Świadczenie pokrywa zarówno ratę kapitałową jak i odsetki, ale z wyłączeniem odsetek wynikających z niedotrzymania terminów spłaty kredytu/pożyczki.
 7. Łączna wysokość świadczeń, o których mowa w ust. 1 wypłaconych w okresie ubezpieczenia, nie może przekraczać wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie/umowie ubezpieczenia.
 8. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku lub dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, jeśli przyczyną był nieszczęśliwy wypadek.
- § 3**
Zawiadomienie
Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, oraz dokumentów (orzeczeń) wydanych przez organ emerytalno rentowy potwierdzających niezdolność do pracy oraz innych dokumentów potwierdzających zobowiązania ciążące na Ubezpieczonym (w szczególności umowy kredytu, pożyczki).

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 39 PRZERWANIE NAUKI DZIECKA NA STUDIACH WYŻSZYCH W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko** – osoba Ubezpieczona w wieku do 25 lat lub dziecko osoby Ubezpieczonej w wieku do 25 lat;
- 2) **choroba** – stan objęty ochroną ubezpieczeniową z umowy ubezpieczenia, określonych w pkt 3 do 8, zdiagnozowany przez lekarza po dniu przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia;
- 3) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 4) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętnicznej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin. Powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 5) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III

- stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 6) **przeszczep dużych naczyń** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
 - 7) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyńnowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
 - 8) **niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku lub choroby, w następstwie których doszło do przerwania nauki na studiach wyższych.
2. Przerwaniem Nauki na studiach wyższych nie jest urlop dziekański lub zmiana trybu nauki.
3. Za naukę na studiach wyższych uznaje się wpisanie na listę studentów Publicznej lub Niepublicznej Uczelni Wyższej, które uzyskały zezwolenie Ministra Edukacji Narodowej do kształcenia studentów i nadawania tytułu licencjata i/lub magistra.
4. W okresie pierwszych 90 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel będzie ponosić ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki dziecka na studiach wyższych tylko w przypadku jeżeli będzie ono następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki dziecka na studiach wyższych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, którego przyczyną był nieszczęśliwy wypadek lub choroba. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania dziecka na powołaną przez siebie komisję lekarską.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności dziecka do pracy.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, dokumentu z uczelni informującego o skreśleniu dziecka z listy studentów oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 40 POMOC MEDYCZNA W NAGŁYCH PRZYPADKACH

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia

poszczególnych terminów nadanego im w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia bądź innych klauzulach:

- 1) **choroba przewlekła** – stan chorobowy, którego pierwsze objawy fizyczne lub rozpoznanie na podstawie odchylenia w badaniach dodatkowych miały miejsce przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej i które nawróciły, trwały nadal, zaostrzyły się lub dwajale powikłania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **centrum Alarmowe** – jednostka organizująca i realizująca świadczenia ubezpieczeniowe, wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, w imieniu i na zlecenie Ubezpieczyciela. Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia do Centrum Alarmowego. Dane identyfikujące Centrum Alarmowe Ubezpieczony otrzymuje wraz z indywidualnym potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.
- 3) **dziecko** – osoba/osoby pozostające pod władzą Rodzicielską Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkujące, która/które w momencie zajścia zdarzenia assistance nie przekroczyły 15 roku życia,
- 4) **lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 5) **lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant,
- 6) **miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom jednorodzinny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres jest wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jako miejsce stałego zamieszkania lub adres korespondencyjny, w zależności od tego gdzie nastąpiło pierwsze zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową i zgłoszone przez Ubezpieczonego do Centrum Alarmowego. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o tym Ubezpieczyciela pisemnie za pomocą listu poleconego, a ochrona ubezpieczeniowa w nowym miejscu zamieszkania jest ważna po upływie 48 godz. od wypłynięcia pisma do Ubezpieczyciela;
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, będąca bezpośrednią i wyłączną przyczyną wypadku ubezpieczeniowego; przez nieszczęśliwy wypadek nie rozumie się zawału serca lub udaru mózgu;
- 8) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarza;
- 9) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia uzasadniającego konieczność świadczenia assistance, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 10) **rok ubezpieczeniowy** – następujące po sobie kolejne okresy 12-miesięczne; pierwszy rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazanym w indywidualnym potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia;
- 11) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny; przebiecie udaru musi zostać potwierdzone diagnozą lekarza;
- 12) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia; zawał serca powinien być stwierdzony powstaniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 13) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 14) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 15) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające

- ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 16) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 17) **Współubezpieczony** – członek rodziny Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem, tj. małżonek Ubezpieczonego i dziecko Ubezpieczonego, zamieszkujący wspólnie z Ubezpieczonym. Na potrzeby współubezpieczenia, odmiennie niż w §1 pkt 3, za dziecko uważa się każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia lub nie ukończyło 26 roku życia, jeżeli pobiera naukę w szkole o statusie uczelni wyższej lub bez względu na wiek dziecka, jeżeli jest ono całkowicie i trwale niezdolne do pracy według orzeczenia organu emerytalno-rentowego;
- 18) **zwierzęta domowe** – zwierzęta oswojone i tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. węży, zwierząt jadowitych lub psów uznanych za agresywne wg rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracyjnych z 28.04.2003 r.

§ 2 Wypadek ubezpieczeniowy

1. Na podstawie niniejszej klauzuli Ubezpieczyciel spełniać będzie na rzecz Ubezpieczonego i osób Współubezpieczonych w razie zajścia zdarzeń objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej świadczenia niepieniężne polegające na zapewnieniu tym osobom możliwości skorzystania z usług i świadczeń wymienionych w § 3. Świadczenie Ubezpieczyciela nie polega na zaplacie.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszej klauzuli obejmuje ryzyko:
 - 1) w wariancie standardowym – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
 - 2) dla opcji rozszerzającej – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u Współubezpieczonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
 - 3) dla opcji VIP – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u Ubezpieczonego w związku z wystąpieniem w okresie ubezpieczenia jednego z następujących poważnych zachorowań: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przeszczep dużych narządów, przewlekła niewydolność nerek, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych. Przez poważne zachorowanie jako przyczynę utraty zdrowia rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego poważnego zachorowania, przyjętej w §1.
3. Zarówno opcji rozszerzającej, jak i opcji VIP nie można nabyć bez uprzedniego przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia opisanego w wariancie standardowym.
4. W przypadku dokupienia opcji rozszerzającej, w definicjach przywołanych w §1, w których mowa o Ubezpieczonym rozumie się także Współubezpieczonych. Nie dotyczy to definicji podanych w pkt 6 i 17.
5. Zdarzenia powodujące uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, o których mowa w ust. 2 muszą wystąpić na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem dodatkowych ograniczeń wskazanych w §3, opisującym zakres poszczególnych świadczeń ubezpieczeniowych.
6. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Pomoc medyczna w nagłych przypadkach 1 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyka obejmowanego umową na podstawie niniejszej klauzuli jest:
 - 1) w wariancie standardowym – zdrowie Ubezpieczonego,
 - 2) dla opcji rozszerzającej – zdrowie Współubezpieczonych,
 - 3) dla opcji VIP – zdrowie Ubezpieczonego.
2. W wariancie standardowym – w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

bądź hospitalizacji spowodowanej tym nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:

- 1) **wizyta lekarza** – organizacja i pokrycie kosztu wizyty lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego, oddalonego od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego o co najmniej 50 km;
- 2) **transport medyczny** – w sytuacjach braku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia wymagającego natychmiastowej interwencji Pogotowia Ratunkowego, organizacja i pokrycie kosztu transportu Ubezpieczonego do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy na terytorium RP (nie dalej niż 50 km od miejsca pobytu Ubezpieczonego). O celowości transportu oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego. Koszty transportu nie są pokrywane, jeśli interwencji pogotowie ratunkowe na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 3) **transport medyczny powrotny** – organizacja i pokrycie kosztu transportu powrotnego ze szpitala do miejsca zamieszkania, jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 7 dni. O celowości transportu oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego;
- 4) **wizyta pielęgniarki** – organizacja i pokrycie kosztu wizyty pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz Centrum Alarmowego;
- 5) **dostawa leków i sprzętu** – na żądanie Ubezpieczonego, organizacja i pokrycie kosztu dostarczenia do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego leków lub drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (np. kule), przepisanych na receptę w związku z prowadzonym leczeniem, będącym skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Koszt lekarstwa lub sprzętu jest pokrywany przez Ubezpieczonego;
- 6) **opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i w miejscu pobytu Ubezpieczonego brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu;
- 7) **transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i w miejscu pobytu Ubezpieczonego brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu podróży osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) z jej miejsca zamieszkania na terenie RP do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
- 8) **transport dzieci do osoby wyznaczonej do opieki** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i brak osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu transportu dzieci w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) w towarzystwie przedstawiciela Centrum Alarmowego do osoby zamieszkałej na terytorium RP i wyznaczonej do opieki nad dziećmi przez Ubezpieczonego;
- 9) **opieka nad zwierzętami** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i brak osoby, która mogłaby zaopiekować się pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu opieki nad zwierzętami pozostawionymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu, bądź organizuje oraz pokrywa koszty przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
- 10) **pomoc domowa** – jeżeli po zakończeniu hospitalizacji w związku ze zdarzeniem objętym ubezpieczeniem lekarz stwierdzi, iż uzasadniona jest konieczność pomocy Ubezpieczonemu w miejscu zamieszkania na terytorium RP, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu pomocy domowej do wysokości ustalonego limitu. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub osoba bliska wspólnie z nim zamieszkująca. W zakresie obowiązków pomocy domowej wchodzi następujące czynności: drobne zakupy, drobne porządki, przyrządzanie codziennych posiłków;
- 11) **przekazanie informacji** – w przypadku hospitalizacji, na życzenie Ubezpieczonego lub osoby bliskiej wspólnie z nim zamieszkującej, Centrum Alarmowe będzie przekazywać ważne wiadomości rodzinie lub

pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych;

12) **organizacja procesu rehabilitacji** – na wniosek Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia takiej konieczności przez lekarza prowadzącego leczenie, Centrum Alarmowe organizuje proces rehabilitacji. Pomoc polega na ustaleniu przez lekarza Centrum Alarmowego liczby oraz rodzaju koniecznych zabiegów (na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej), jak również na wskazaniu Ubezpieczonemu najbliższej placówki, w której rehabilitacja może się odbyć i umówieniu wizyt;

13) **infolinia medyczna** – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji medycznej. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu informacje:

- Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
- Informacja o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład o niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- Informacja o placówkach mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- Informacja medyczna o danym schorzeniu i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- Informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- Informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
- Informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych na terenie kraju,
- Informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
- Informacja o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
- Informacja o grupach wsparcia w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem lub narkomanią, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. kuczycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla Rodziców ciężko chorych dzieci,
- Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia, w tym o dietach, ciąży, profilaktyce antynikotynowej.

14) **w przypadku zgonu osoby bliskiej** (współmałżonek, rodzice, dzieci), trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego lub osób bliskich na skutek nieszczęśliwego wypadku, jak również w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub osoby bliskiej (zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przeszczerp dużych narządów, przewłektła niewydolność nerek, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych) Ubezpieczonemu przysługuje następujące świadczenie:

pomoc psychologa – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyt u wskazanego przez Centrum Alarmowe psychologa wraz z transportem na wizyty i transportem powrotnym, nie więcej niż 3 wizyty na jedno zdarzenie. Warunkiem udzielenia świadczenia jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dokumentu poświadczającego wystąpienie zdarzenia objętego ubezpieczeniem (akt zgonu, dokumentacja medyczna).

3. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

4. Prawo do świadczeń określonych w ust. 2 pkt 1-12 przysługuje w terminie do 30 dni od momentu nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, z zastrzeżeniem, iż w przypadku zdarzeń skutkujących hospitalizacją prawo do świadczeń zostaje utrzymane maksymalnie do upływu 14 dni od zakończenia hospitalizacji Ubezpieczonego.

5. Prawo do świadczenia określonego w ust. 2 pkt 14 przysługuje w terminie do 180 dni od momentu zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

6. **W przypadku opcji rozszerzającej** – za opłatą dodatkowej składki świadczenia wymienione w ust. 2 pkt 1-14

przysługują także Współubezpieczonym. Ust. 4 i 5 mają odpowiednie zastosowanie.

7. **W przypadku opcji VIP** – za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego opisany w ust. 2 pkt 1-14 zostaje rozszerzony o organizację i pokrycie kosztów wizyty u następujących lekarzy specjalistów: kardiolog, neurolog, nefrolog, chirurg, onkolog. Ust. 5 ma odpowiednie zastosowanie.

Warunkiem nabycia prawa do świadczenia jest wystąpienie u Ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, jednego z następujących poważnych zachorowań: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przewłektła niewydolność nerek; przeszczerp dużych narządów lub chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych; Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

Zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty obejmuje również transport Ubezpieczonego na wizytę i transport powrotny (środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego, a więc pociąg I klasy – wraz z taksówką na dworzec i z dworca – lub transport medyczny). O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej.

8. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia „Pomoc Medyczna w nagłych przypadkach” wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego samodzielnie bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 5.

2. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał w związku z uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona także, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:

- chorobami przewlekłymi Ubezpieczonego,
- rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone, a rozpoczęły się przed datą przystąpienia do ubezpieczenia,
- nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej (z wyjątkiem świadczeń dostępnych poprzez dokupienie opcji VIP – organizacja wizyty specjalisty).

4. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto:

- koszty świadczeń medycznych udzielonych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
- leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.

5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:

- nieudzielenie świadczeń z powodu zadziałania siły wyższej,
- opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Alarmowego, mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenia.

6. W przypadku dokupienia opcji rozszerzającej o której mowa w § 3 ust. 6 wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wymienione w ust. 1-5 odnoszą się także do Współubezpieczonych.

§ 5

Limity odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń wymienionych w §3 ust. 2 pkt 1-12 maksymalnie w związku z zajęciem dwóch zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, tj. dwóch nieszczęśliwych wypadków lub dwóch nagłych zachorowań lub jednego nieszczęśliwego wypadku i jednego nagłego zachorowania. Postanowienia niniejszego ustępu nie dotyczą świadczeń wymienionych w §3 ust. 2 pkt 13.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów świadczenia wymienionego w §3 ust. 2 pkt 14 maksymalnie w związku z zajęciem dwóch zdarzeń uzasadniających zorganizowanie pomocy psychologa, zgodnie z postanowieniami niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

3. Z zachowaniem postanowień ust. 1 i 2, w stosunku do niektórych rodzajów świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel wprowadza dodatkowo limity kwotowe i ilościowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno i wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie uzasadniające prawo do świadczenia	Rodzaj świadczenia	Limit roczny
Nieszczęśliwy wypadek, Nagłe zachorowanie	Wizyta lekarza	Maksymalnie 2 wizyty, w tym nie więcej niż 1 wizyta na zdarzenie
	Wizyta pielęgniarki	2 razy/rok (1 raz = maksymalnie 48 godzin, nie więcej niż 4 wizyty)
	Dostarczenie leków i sprzętu	2 razy
	Transport do szpitala	500 zł
	Transport ze szpitala do miejsca zamieszkania	500 zł
	Opieka nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi	300 zł / do 5 dni
	Transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	Równowartość ceny biletów Maksymalnie 2 przejazdy.
	Transport dzieci do osoby wyznaczonej do opieki nad nimi	Równowartość ceny biletów Maksymalnie 2 przejazdy.
	Opieka nad zwierzętami domowymi lub ich transport	100 zł
	Przekazanie wiadomości rodzinie lub pracodawcy	Brak
Zgodnie z §3 ust. 2 pkt 14	Pomoc domowa	300 zł / do 5 dni
	Organizacja procesu rehabilitacji	Brak
	Infolinia medyczna	Brak
Poważne zachorowanie wymienione w §3 ust. 7	Pomoc psychologa	maksymalnie 6 wizyt, w tym nie więcej niż 3 wizyty na zdarzenie
	Wizyta u specjalisty	maksymalnie 4 wizyty, w tym nie więcej niż 2 wizyty na zdarzenie do limitu 1000 PLN rocznie

4. W przypadku ubezpieczenia w ramach opcji rozszerzającej odpowiednie postanowienia ust. 1-3 mają zastosowanie do każdego ze Współubezpieczonych.

§ 6

Zawiadomienie

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia) Ubezpieczony obowiązany jest, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym, dzwoniąc pod numer telefonu 61-666-1-777, czynny całą dobę, i podać następujące dane:

- imię i nazwisko,
- dokładny adres miejsca zamieszkania,
- numer PESEL,
- numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
- krótki opis zdarzenia oraz rodzaju potrzebnej pomocy,
- wszelkie inne informacje niezbędne Centrum Alarmowemu w celu udzielenia świadczenia Ubezpieczonemu.

2. Ponadto Ubezpieczony powinien:

- udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego lub innemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,

KLAUZULE

- 2) udzielić specjalistę lub lekarzowi przyslanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
- 3) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie dwóch godzin od zawiadomienia o zdarzeniu (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
- 4) zwolnić lekarza prowadzącego leczenie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, wobec lekarza Centrum Alarmowego lub innej osoby Centrum Alarmowego w zakresie umożliwiającym wykonanie zobowiązania,
- 5) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełni, któregośkolwiek z postanowień określonych w ust. 1-2, Ubezpieczyciel może odmówić organizacji świadczeń określonych w §3, pod warunkiem, że niedopełnienie postanowienia uniemożliwiło realizację tych świadczeń lub weryfikację tego czy przysługuje ochrona ubezpieczeniowa.
4. Weryfikacja tego czy przysługuje ochrona ubezpieczeniowa jest dokonywana w imieniu Ubezpieczyciela przez Centrum Alarmowe. Fakt spełnienia na rzecz Ubezpieczonego nieodpłatnych świadczeń gwarantowanych umową ubezpieczenia oznacza potwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia Pomoc medyczna w nagłych przypadkach przysługuje.
5. W przypadku ubezpieczenia w ramach opcji rozszerzającej odpowiednio postanowienia ust. 1-4 mają zastosowanie do każdego ze Współubezpieczonych.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 41 LEKARZ NA TELEFON

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **infolinia Medyczna** – jednostka organizująca i realizująca świadczenia ubezpieczeniowe, wynikające z niniejszej klauzuli. Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić telefonicznie zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej klauzuli na podany przez Ubezpieczyciela numer Infolinii Medycznej, który Ubezpieczający otrzymuje z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia;
- 2) **lekarz konsultant** – specjalista uprawniony do udzielania informacji Ubezpieczonemu (w szczególności lekarz internista), osoba wykwalifikowana posiadająca wiedzę medyczną;
- 3) **stan chorobowy** – stan, w którym Ubezpieczony ma przesądzić lub niepewność związaną z własnym stanem zdrowia lub profilaktyką zdrowotną;

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w trakcie udzielania ochrony w postaci choroby lub stanu chorobowego, w następstwie którego Ubezpieczony ma potrzebę uzyskania informacji od lekarza konsultanta.
2. Dodatkowo Infolinia Medyczna udostępni Ubezpieczonemu:
 - 1) informację medyczną o danym schorzeniu i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - 2) informację farmaceutyczną o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działania uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - 3) informację o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład o niezbędnych szczepieniach, specyficie danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - 4) informację o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - 5) informację o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
 - 6) informację o rekomendowanych placówkach diagnostycznych na terenie kraju,
 - 7) informację o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),

- 8) informację o grupach wsparcia w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem lub narkomanią, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla Rodziców ciężko chorych dzieci.
3. Przekazywane treści przez lekarza konsultanta mają wyłącznie charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jak wizyta lekarska umożliwiającą postawienie diagnozy. Konsultacja nie powinna stanowić podstawy do podejmowania działań o charakterze zdrowotnym lub ich zaniechania. W przypadku postępowania sprzecznego z niniejszymi zapisami wyłączną odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.
4. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Lekarz na telefon 1 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na potrzebie uzyskania informacji od lekarza konsultanta w następstwie choroby lub stanu chorobowego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zapewnić Ubezpieczonemu możliwość kontaktu za pośrednictwem telefonu z Infolinią Medyczną.
2. Świadczenie wskazane w ust. 1 ma charakter usługi, której koszt pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia pieniężnego lub ekwiwalentu. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów połączeń telefonicznych.
3. Ubezpieczyciel nie stosuje wyłączeń wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu dojdzie do zerwania łączy lub usterek uniemożliwiającej nawiązanie połączenie telefonicznego z numerami Infolinii Medycznej.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do realizacji świadczenia jest identyfikacja Ubezpieczonego przez Infolinię Medyczną na podstawie wypełnienia – w przypadku ubezpieczeń grupowych – obowiązku po stronie Ubezpieczającego wskazanego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, polegającego na dostarczeniu Ubezpieczycielowi w wyznaczonych terminach listy osób obejmowanych ubezpieczeniem. W przypadku umowy indywidualnej obowiązek informacyjny wypełnia Ubezpieczyciel.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 42 TWOJA ASYSTA PRAWNA

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Ubezpieczony** – osoba, której zgodnie z niniejszymi warunkami ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przewidzianym w niniejszych warunkach;
- 2) **kancelaria Prawna** – działający w sposób i w formie przewidzianej w przepisach prawa dla świadczenia pomocy prawnej profesjonalny zespół prawników, kierowany przez osoby z uprawnieniami radcy prawnego bądź adwokata, świadczący usługi, z których na warunkach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mogą korzystać osoby Ubezpieczone;
- 3) **radca prawny** – prawnik posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu radcy prawnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **adwokat** – prawnik posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu adwokata zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci konieczności skorzystania przez Ubezpieczonego z usług,

o których mowa w niniejszych postanowieniach na skutek zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzeń, które powodują konieczność skorzystania z usług prawnych.

2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko twoja asysta prawna 1 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W ramach ubezpieczenia, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczony posiada prawo do skorzystania z następujących usług świadczonych przez Kancelarię Prawną:
 - 1) konsultacje prawne, a także opinie prawne w zakresie spraw wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
 - 2) przysyłanie wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu;
 - 3) przysyłanie tekstów aktów prawnych;
 - 4) udzielaniu informacji teled adresowych dotyczących kancelarii prawnych, kancelarii notarialnych, biur doradztwa podatkowego, sądów i prokuratur.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 są spełniane wyłącznie w przypadku gdy problem prawny, z którym związany jest wypadek ubezpieczeniowy dotyczy następujących gałęzi prawa:
 - 1) prawo cywilne (zagańnienia ogólne, prawo zobowiązań, prawo odszkodowań, prawo rzeczowe, prawo rodzinne, prawo spadkowe);
 - 2) prawo karne (zarówno w przypadku – faktycznego czy rzekomego – popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia jak i w przypadku gdy jest on pokrzywdzonym);
3. Problemy prawne, których dotyczą usługi o których mowa w ust. 2 nie mogą dotyczyć spraw związanych z prowadzeniem przez niego działalności gospodarczej.
4. Świadczenia wskazane w ust. 1 ma charakter usługi, której koszt pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia pieniężnego lub ekwiwalentu.
5. Ubezpieczyciel nie stosuje wyłączeń wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu dojdzie do zerwania łączy lub usterek uniemożliwiającej nawiązanie połączenia telefonicznego lub poprzez sieć internet.

§ 4

Charakterystyka gwarantowanych usług

1. W zakresie usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1 (konsultacje prawne i opinie prawne), rodzaj wykonywanej przez Kancelarię Prawną usługi zależy od charakteru zgłaszanego problemu prawnego. W zależności od charakteru problemu sprawa jest załatwiana w następujący sposób:
 - 1) o ile to możliwe – problem jest rozwiązywany na bieżąco podczas rozmowy telefonicznej w drodze konsultacji prawnych.
 - 2) w przypadku gdy niemożliwe jest rozwiązanie sprawy na bieżąco – Kancelaria Prawna po upływie czasu niezbędnego do wypracowania rozwiązania zgłoszonego problemu kontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym w celu rozwiązania problemu w drodze konsultacji prawnych.
 - 3) w przypadku gdy niemożliwe jest rozwiązanie problemu prawnego w drodze konsultacji prawnej, a także na każde życzenie Ubezpieczonego – problem rozwiązywany jest poprzez sporządzenie opinii prawnej przesyłanej Ubezpieczonemu drogą mailową bądź faxem. Na życzenie Ubezpieczonego – rozwiązanie problemu prawnego zaproponowane Ubezpieczonemu w drodze konsultacji prawnej zostanie potwierdzone sporządzoną przez Kancelarię Prawną opinią prawną (w takim przypadku konsultacja prawną i stanowiącą jej potwierdzenie opinią prawną uznaje się za jedną usługę). Opinia prawna sporządzana jest przez prawnika posiadającego uprawnienia radcy prawnego bądź adwokata.
2. Konsultacje prawne i opinie prawne świadczone są w oparciu o podany przez Ubezpieczonego opis problemu prawnego oraz stanu faktycznego. W przypadku takiej konieczności Ubezpieczony przesyła Kancelarii Prawnej w formie elektronicznej bądź faxem dokumenty niezbędne do przeprowadzenia konsultacji prawnej bądź sporządzenia opinii prawnej.
3. Rozstrzygnięcie problemu prawnego w drodze konsultacji prawnych bądź opinii prawnej nastąpi w oparciu o podany przez Ubezpieczonego stan faktyczny sprawy, o ile otrzymane od Ubezpieczonego informacje to umożliwiają. Dalsze zmiany stanu faktycznego i związane z tym konieczność skorzystania z usługi konsultacji prawnych bądź opinii prawnej traktowane są jako nowy wypadek

ubezpieczeniowy – nawet jeśli dotyczą tej samej sprawy.

4. Usługi świadczone przez Kancelarię Prawną polegające na konsultacjach prawnych bądź sporządzeniu opinii prawnej dotyczą wyłącznie tych problemów prawnych, które spełniają następujące warunki:

- 1) do ich rozwiązania nie jest konieczny kontakt z innymi osobami/ podmiotami niż Ubezpieczony;
 - 2) mogą być rozwiązane w drodze kontaktu z Ubezpieczonym za pomocą środków porozumiewania się na odległość;
 - 3) podane przez Ubezpieczonego informacje (opis stanu faktycznego) i dostarczone dokumenty umożliwiają przedstawienie rozwiązania problemu prawnego.
5. W ramach usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 na życzenie Ubezpieczonego Kancelaria Prawna dostarczy w formie elektronicznej wzory umów i pism stosowanych w powszechnym obrocie.
6. W ramach usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 3 na życzenie Ubezpieczonego Kancelaria Prawna dostarczy w formie elektronicznej tekst każdego aktu prawnego prawa polskiego z wyłączeniem aktów prawa miejscowego – zarówno obowiązujący jak i archiwalny.
7. W ramach usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 4 na życzenie Ubezpieczonego Kancelaria Prawna dostarczy w formie elektronicznej informacje teleadresowe dotyczące kancelarii prawnych, kancelarii notarialnych, biur doradztwa podatkowego, sądów i prokuratur na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
8. Wszelkie usługi świadczone przez Kancelarię Prawną dotyczą wyłącznie problemów prawnych związanych z prawem polskim.

§ 5

Ilość usług gwarantowanych

1. W ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczony uprawniony jest do skorzystania z następującej ilości usług:
 - 1) w odniesieniu do usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1 (konsultacje prawne i opinie prawne) – łącznie 2 usługi;
 - 2) w odniesieniu do usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 (przesyłanie wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu) – łącznie 2 usługi;
 - 3) w odniesieniu do pozostałych usług – łącznie 4 usługi.
2. Roczny okres, o którym mowa w ust. 1 liczony jest od dnia, w którym rozpoczęto udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego Ubezpieczonego. Limity określone w ust. 1 ulegają automatycznemu odnowieniu po upływie każdego kolejnego okresu rocznego.

§ 6

Sposób korzystania z usług gwarantowanych

1. Kancelaria Prawna zapewni bieżącą obsługę Ubezpieczonych w dni robocze od godziny 8.00 do 22.00 (godziny urzędowania Kancelarii Prawnej).
2. Ubezpieczony kontaktuje się z Kancelarią Prawną na wskazany w dokumencie ubezpieczenia numer telefonu.
3. W godzinach wskazanych urzędowania Kancelarii Prawnej następuje kontakt z dyżurnym prawnikiem Kancelarii Prawnej, który na podstawie podanych przez Ubezpieczonego danych weryfikuje istnienie i zakres ochrony ubezpieczeniowej. Następnie – w oparciu o zgłoszone przez Ubezpieczonego żądanie i podany przez niego opis problemu prawnego następuje spełnienie usługi gwarantowanej niniejszymi warunkami ubezpieczenia.
4. Poza godzinami urzędowania Kancelarii Prawnej Ubezpieczony ma możliwość pozostawienia wiadomości głosowej lub informacji w formie poczty elektronicznej wraz z opisem problemu prawnego. W takim wypadku Kancelaria Prawna kontaktuje się z Ubezpieczonym w następnym dniu roboczym.
5. Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów niniejszych warunków ubezpieczenia, w przypadku gdy jest to niezbędne do prawidłowego spełnienia usługi konsultacji prawnych bądź sporządzenia opinii prawnej, Kancelaria Prawna może zażądać od Ubezpieczonego przesłania odpowiednich dokumentów w formie elektronicznej na podany adres mailowy bądź na podany numer faksu.
6. Usługi, z których Ubezpieczony może skorzystać na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia spełniane są w miarę możliwości niezwłocznie a najpóźniej w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia przez Ubezpieczonego (bądź otrzymania od Ubezpieczonego dokumentów niezbędnych do prawidłowego wykonania usługi).

§ 7

Zawiadomienie

Podstawą do realizacji świadczenia jest identyfikacja Ubezpieczonego przez Kancelarię Prawną na podstawie wypełnienia obowiązku – w przypadku ubezpieczeń grupowych – po stronie Ubezpieczającego wskazanego w warunkach ubezpieczenia, polegającego na dostarczeniu Ubezpieczycielowi w wyznaczonych terminach listy osób obejmowanych ubezpieczeniem. W przypadku

umowy indywidualnej obowiązek informacyjny wypełnia Ubezpieczyciel.

§ 8

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 9

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 43 ABONAMENT NA ZDROWIE

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża zakwalifikowana przez lekarza Partnera Medycznego lub lekarza placówki, do której Ubezpieczony został skierowany zgodnie z § 2 ust. 4, na podstawie obowiązujących standardów medycznych w Polsce, jako ciąża, w której istnieje poważne niebezpieczeństwo rozwoju groźnych dla życia dziecka i matki komplikacji;
- 2) **infolinia medyczna** – linia telefoniczna wskazana na Karcie Medycznej Ubezpieczenia, za pośrednictwem której Ubezpieczony, w sytuacji wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, umawia się na wizytę, badanie lub uzyskuje informacje o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych;
- 3) **Karta Medyczna Ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową ważny wyłącznie z dokumentem tożsamości, na którym widnieje zdjęcie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, prawo jazdy, paszport). W przypadku dzieci nie posiadających dokumentu określającego tożsamość, Karta Medyczna Ubezpieczenia ważna jest wraz z dokumentem tożsamości Rodzica lub innego opiekuna prawnego;
- 4) **lekarz** – osoba, której kwalifikacje są potwierdzone formalnie, uprawniona do leczenia zachorowań bądź urazów, wykonująca zawód zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i kwalifikacjami. W myśl definicji, za lekarza nie uznaje się Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę bliską Ubezpieczonemu (mąż, żona, syn, córka, ojciec, matka, brat, siostra, Teść, teściowa);
- 5) **Partner Medyczny** – podmiot, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych;
- 6) **Placówki Partnera Medycznego** – podmioty lub osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego w Polsce, z którymi Partner Medyczny zawarł umowę, które w myśl przepisów prawa są uprawnione do realizacji świadczeń medycznych;
- 7) **przegląd stanu zdrowia** – profilaktyczne badania diagnostyczne świadczone przez Partnera Medycznego;
- 8) **świadczenia medyczne** – uzasadnione i konieczne z medycznego punktu widzenia świadczenia udzielane w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku – w zależności od postanowień umowy. Jako świadczenia medyczne, Ubezpieczyciel uznaje także świadczenia z zakresu medycyny pracy oraz badania profilaktyczne;
- 9) **świadczenia zdrowotne** – objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela usługi medyczne;
- 10) **wizyty domowe** – odwiedziny lekarza internisty, pediatry, lekarza rodzinnego, lub lekarza innej specjalności, w sytuacjach ostrych, które wykluczają wizytę osobistą Ubezpieczonego w placówce medycznej. Wizyty domowe świadczone są w zasięgu terytorialnym wybranych placówek medycznych. Za pośrednictwem infolinii Ubezpieczony uzyska informację o kryteriach, zasięgu terytorialnym, w obszarze którego Partner Medyczny świadczy usługi wizyt domowych we wskazanych sytuacjach;
- 11) **zakład opieki zdrowotnej** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, medyczne laboratorium diagnostyczne.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. W przypadku **kompleksowej opieki medycznej (pakiet kompleksowy)** Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego choroby lub nieszczęśliwego wypadku, którego konsekwencją jest skorzystanie z pomocy medycznej w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela jako „Placówki Partnera Medycznego”, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. W przypadku **multicentrycznej opieki medycznej (pakiet multikompleksowy)** Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego choroby

lub nieszczęśliwego wypadku, którego konsekwencją jest skorzystanie z pomocy medycznej w placówkach „Partnera Medycznego” lub innych zgodnie z § 3 ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 4.

3. Wybór pakietu ochrony (pakiet kompleksowy, pakiet multikompleksowy) dokonywany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia i wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za wizyty i leczenie, których umówienie odbyło się za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer wskazany został przez Ubezpieczyciela na Karcie Medycznej Ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel wykonuje zobowiązania umożliwiając Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach „Placówek Partnera Medycznego” lub umożliwiając dostęp do świadczeń zdrowotnych w placówkach innych, niż wskazane jako „Placówki Partnera Medycznego”, zgodnie z zakresem oraz opcjami ochrony potwierdzonymi w dokumencie ubezpieczenia lub polisie.
6. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w związku:
 - 1) z epidemią i/lub pandemią oficjalnie ogłoszoną,
 - 2) z epilepsją i/lub dyskopatią,
 - 3) z ciążą wysokiego ryzyka,
 - 4) ze zmianą płci,
 - 5) z dokonanym przeszczepem któregośkolwiek z narządów, w przypadku, gdy Ubezpieczony był dawcą tego narządu,
 - 6) z leczeniem bezpłodności, porodem, poronieniem samoistnym i sztucznym,
 - 7) z operacją plastyczno-kosmetyczną, z wyjątkiem operacji oszczędzających lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji, w której nieszczęśliwy wypadek powstał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za koszty środków medycznych i leków, poza przypadkami ratowania życia, oraz poza środkami medycznymi niezbędnymi do przeprowadzenia badań profilaktycznych i specjalistycznych, które to badania były ujęte w zakresie ubezpieczenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci choroby Ubezpieczonego lub nieszczęśliwego wypadku, którego konsekwencją jest konieczność podjęcia leczenia, Ubezpieczyciel umożliwi dostęp do świadczeń medycznych dokonywanych na rzecz Ubezpieczonego, w oparciu o placówki medyczne oraz zgodnie z zakresem ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia lub polisie jeśli świadczenia te powstały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za diagnostykę oraz badania, które zostały zlecone przez lekarza Placówki Partnera Medycznego lub lekarza placówki, do której Ubezpieczony został skierowany zgodnie z § 2 ust. 4.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za diagnostykę oraz badania, które nie były objęte zakresem ubezpieczenia.
4. W ramach multicentrycznej opieki medycznej Ubezpieczony może zostać skierowany do dowolnego Zakładu Opieki Zdrowotnej lub osoby posiadającej aktualnie prawo wykonywania zawodu medycznego w Polsce.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu dojdzie do zerwania łączy lub usterki uniemożliwiającej nawiązanie połączenia telefonicznego z numerami Infolinii Medycznej.

§ 4

Opcje ochrony

1. Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu przysługuje prawo przystąpienia do jednej, dowolnie wybranej opcji ochrony, w ramach zakresu wskazanego w umowie ubezpieczenia.
2. W każdą rocznicę polisy – z zastrzeżeniem ust. 3 – Ubezpieczony i Współubezpieczony ma prawo do zmiany opcji ochrony, pod warunkiem zgłoszenia Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego tego faktu na 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Zmiana opcji ochrony Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w trakcie roku polisowego możliwa jest wyłącznie, jeśli umowa zawarta została w zakresie kompleksowym oraz pod warunkiem zmiany szerszej opcji ochrony na węższą, oraz pod warunkiem zgłoszenia tego faktu Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego najpóźniej do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego miesiąc wnioskowanej zmiany.

§ 5

Wersje

Ubezpieczony lub Współubezpieczeni mogą zostać objęci ochroną w następujących wersjach:

- 1) **wersja indywidualna:** dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczyciel obejmuje ochroną Ubezpieczonego, wskazując przy nazwie wersji składkę za jedną osobę, w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- 2) **wersja partnerska:** dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczyciel obejmuje ochroną Ubezpieczonego i jednego Współubezpieczonego będącego współmałżonkiem, wskazując przy nazwie wersji składkę za dwie osoby, w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- 3) **wersja rodzinna:** dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczyciel obejmuje ochroną Ubezpieczonego, jednego Współubezpieczonego będącego współmałżonkiem oraz dowolną liczbę dzieci Ubezpieczonego, wskazując przy nazwie wersji składkę za wszystkie te osoby w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 6

Zawiadomienie

W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej klauzuli Ubezpieczony/Współubezpieczony obowiązany jest:

- 1) za pośrednictwem infolinii zgłosić się do wyznaczonej placówki, w celu uzyskania świadczenia medycznego,
- 2) przedstawić kartę medyczną ubezpieczenia wraz z ważnym dowodem tożsamości (ze zdjęciem),
- 3) zastosować się do zaleceń personelu medycznego,
- 4) na żądanie Ubezpieczyciela przedstawić wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
- 5) na żądanie Ubezpieczyciela, poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa Ubezpieczyciel,
- 6) dostarczyć inne dokumenty zażądane przez Ubezpieczyciela, umożliwiające potwierdzenie odpowiedzialności.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 44 PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Nota ogólna:

Niniejsza klauzula może być przedmiotem umowy ubezpieczenia zawieranej wyłącznie w formie indywidualnej.

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przejścia po Ubezpieczającym obowiązku opłacania składki regularnie wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela do opłacania składki ogranicza się do tych składek regularnych, których termin wymagalności jeszcze nie nadszedł.
3. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko przejścia opłacania składki w wyniku niezdolności do pracy 6 miesięczną karencję, w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy będzie następstwem choroby.
4. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające czasową niezdolność do pracy, lub trwałą i całkowitą niezdolność do pracy wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
5. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej lub trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
6. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składki począwszy od najbliższego dnia wymagalności składki regularnej po dniu wskazanym w orzeczeniu o niezdolności do pracy, jako jej początek. Składka regularna opłacana będzie przez Ubezpieczyciela z dotychczasową częstotliwością.

7. Jeśli Ubezpieczyciel otrzyma orzeczenie, którego data wydania jest późniejsza od wskazanego w tym orzeczeniu początku niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki regularne do momentu dostarczenia orzeczenia i przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ewentualne składki regularne wpłacone w tym okresie zostaną Ubezpieczającemu zwrócone w całości, bez odsetek.
8. W przypadku przejścia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania składki, jest ona indeksowana w okresach i o wskaźnik indeksacji wskazany w umowie ubezpieczenia.
9. Zobowiązanie Ubezpieczyciela do opłacania składki wygasa z dniem wskazanym w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowy jako data końca niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Bez względu na datę końca niezdolności do pracy wskazanej w orzeczeniu a także w przypadku niezdolności do pracy orzeczonej na okres stały, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej klauzuli wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

§ 3

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku klauzuli przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy (czasowej lub trwałej i całkowitej) oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.
2. Po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego, a także w każdym czasie trwania niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel może niezależnie od przedstawienia orzeczenia lekarskiego oraz innych dokumentów medycznych, zażądać poddania się przez Ubezpieczonego badaniom u wskazanego przez Ubezpieczyciela lekarza. Badania przeprowadzane są w terminach określonych przez Ubezpieczyciela i na jego koszt. Nie poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim traktowane jest tak, jakby Ubezpieczony nie był już niezdolny do pracy.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 45 KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO I PAKIET ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) leczenie szpitalne – leczenie związane z trwającym nieprzerwanie, przez co najmniej 24 godziny pobyt w szpitalu lub innej placówce medycznej.
- 2) leczenie ambulatoryjne – leczenie niezwiązane z trwającym nieprzerwanie, przez co najmniej 24 godziny pobyt w szpitalu lub innej placówce medycznej.
- 3) leczenie dentystyczne – udzielenie pojedynczej, niezbędnej i natychmiastowej pomocy lekarskiej w przypadku ostrego stanu zapalnego i bólów.
- 4) osoba bliska – osoba należąca do najbliższej rodziny Ubezpieczonego tj. rodzice Ubezpieczonego, rodzeństwo Ubezpieczonego, dziadkowie Ubezpieczonego, dzieci Ubezpieczonego lub współmałżonek Ubezpieczonego.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów:

- leczenia na terenie RP,
 - przekwalifikowania zawodowego inwalidy na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- jeśli w/w koszty zostały poniesione na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 180 dni od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

I. Koszty Leczenia na terenie RP

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów leczenia na terenie RP, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów leczenia, jednak kwoty nie wyższej niż wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia na to ryzyko.
2. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami leczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:
 - 1) leczenia ambulatoryjnego (do 50% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 10 000 złotych),
 - 2) leczenia szpitalnego (do 50% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 10 000 złotych),
 - 3) leczenia dentystycznego (do 10% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 500 złotych),
 - 4) wizyt i badań lekarskich (do 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 2 000 złotych),
 - 5) nabycia środków opatrunkowych i leczniczych oraz protez zalecanych przez lekarza (do 30% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych),
 - 6) przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do szpitala i ze szpitala do domu (do 30% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych),
 - 7) koszty poszukiwania i ratownictwa (do 50% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych),
 - 8) bezwzględnie zalecanego przez lekarza pobytu w sanatorium, trwającego jednak nie dłużej niż 24 dni pod warunkiem ich akceptacji przez lekarza Ubezpieczyciela (do 50% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 3 500 złotych).

II. Koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego na wypadek trwałej niezdolności do wykonywania dotychczasowej pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

3. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1.
4. Warunkiem pokrycia kosztów przeszkolenia zawodowego, o których mowa w ust. 3 jest wystąpienie u Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku utraty możliwości wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej.

III. Koszty wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku

5. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1.

IV. Koszty wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

6. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 30% sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1.

V. Koszty operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku

7. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia o której mowa w § 3 ust. 1.
8. Ubezpieczyciel poniesie koszty operacji plastycznych jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, po zakończeniu leczenia wygląd Ubezpieczonego zostanie trwale zszpecony, a przeprowadzenie takiej operacji jest uzasadnione medycznie.
9. Ubezpieczyciel po analizie zasadności wykonania operacji, refunduje po przedstawieniu stosownych oryginałów imiennych rachunków, koszty operacji, w tym honoraria lekarskie, koszty pobytu w szpitalu,

koszty lekarstw, materiałów opatrunkowych oraz innych środków leczniczych zaleconych i przepisanych przez lekarza. Refundacja nie obejmuje kosztów protetyki stomatologicznej.

VI. Postanowienia dodatkowe

10. Poniesione koszty, o których mowa w §2 muszą być udokumentowane oryginałami imiennych rachunków wystawionych na Ubezpieczonego. Zwracane są wyłącznie te koszty, które nie znajdują się w zakresie refundacji z ubezpieczenia społecznego lub nie zostaną pokryte z innej umowy ubezpieczenia oraz muszą być poniesione w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów poniesionych na zdarzenia wskazane w § 2, które powstały z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 3) fizykoterapii, helioterapii,
 - 4) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
 - 5) epidemii, skażeń oraz katastrof naturalnych,
 - 6) leczenia przez lekarza będącego osobą bliską Ubezpieczonego/ Ubezpieczającego,
 - 7) wszelkiego rodzaju diagnostyki i leczenia nie wchodzących w zakres niezbędnej, natychmiastowej pomocy medycznej,
 - 8) szczepień,
 - 9) zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 10) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie i lekarza Ubezpieczyciela.
12. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, jeśli koszty leczenia powstały w konsekwencji wadliwego wykonania przez Ubezpieczonego obowiązku opłaty składek tytułem obowiązkowego ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w wyniku poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w wyniku czego koszty, które pokryłoby obowiązkowe ubezpieczenie społeczne, nie zostaną Ubezpieczonemu zwrócone.
13. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu w szpitalu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.
14. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich zdarzeń objętych ochroną w ramach niniejszych warunków jest 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.



Członek Zarządu
Marcin Kotulski



Prezes Zarządu
Piotr Narloch

Osobie fizycznej mającej status Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Uprawnionego z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania reklamacji w siedzibie Ubezpieczyciela, w Oddziałach lub pisemnie na adres Ubezpieczyciela, a także e-mailem na adres skargi@concordiaubezpieczenia.pl oraz pod nr tel. 61 858 48 00. Odpowiedzi na złożoną reklamację Ubezpieczyciel udziela telefonicznie bądź pisemnie bezzwłocznie, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania. W uzasadnionych przypadkach termin udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 90 dni, o czym składający reklamację zostanie poinformowany. Spory mogą być rozstrzygane: przed Sądem Polubownym przy Rzeczniku Ubezpieczonych, (o ile wartość przedmiotu sporu jest wyższa niż 1 000 zł) lub przez sąd powszechny, zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego. Dodatkowo Ubezpieczający/Ubezpieczeni/Uprawnieni z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia będący konsumentami, mogą uzyskać bezpłatną pomoc prawną świadczoną przez Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów. Właściwym dla Ubezpieczyciela organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA NNW

ZAKRES UBEZPIECZENIA NNW stosowany do umów indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w ramach oferty NNW

Niniejsze postanowienia obowiązują wyłącznie w stosunku do tych osób, które zawarły umowę ubezpieczenia w ramach oferty NNW w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia (polisie).
(zakres potwierdza się w dokumencie ubezpieczenia lub polisie poprzez wpisanie kodu odpowiadającego wyborowi dokonанemu przez Ubezpieczającego. Druk ten stanowi wówczas integralną część dokumentu ubezpieczenia)

ZAKRES UBEZPIECZENIA	Kod opcji ubezpieczenia					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
					SU <input type="text"/>	SU <input type="text"/>
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 1)	10 000 zł	20 000 zł	40 000 zł	60 000 zł	50% SU	50% SU
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 12)	20 000 zł	30 000 zł	35 000 zł	40 000 zł	100% SU	100% SU
Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwami nieszczęśliwego wypadku (klauzula 45)	5 000 zł	10 000 zł	15 000 zł	20 000 zł	30% SU	–
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (klauzula 5)	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł	40 000 zł	50% SU	–

PAKIET NNW + (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> NNW 1	<input type="checkbox"/> NNW 2
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym (klauzula 2)	15 000 zł	30 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy (klauzula 4)	25 000 zł	50 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (klauzula 15)	20 000 zł	30 000 zł

PAKIET ZDROWIE I RODZINA + (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> ZIR 1	<input type="checkbox"/> ZIR 2
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (wariant standardowy – szpital, OIOM) (klauzula 19)	7 000 zł	10 000 zł
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 32)	2 500 zł	5 000 zł
Zapadnięcie Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 37)	5 000 zł	10 000 zł
Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 9)	10 000 zł	20 000 zł
Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 7)	5 000 zł	10 000 zł
Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (klauzula 39)	15 000 zł	30 000 zł
Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 16)	15 000 zł	50 000 zł







ZAŁĄCZNIKI DO:

**Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
stosowanych do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie**

**Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
stosowanych do umów ubezpieczenia grupowego na życie**

**Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
stosowanych do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego
następstw nieszczęśliwych wypadków**

Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Concordia Plus

**Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
stosowanych do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie
i dożycie z udziałem w zysku**

Załącznik nr 1. Tabela rodzajów oraz określonych procentowo trwałych uszczerbków na zdrowiu

Załącznik nr 2. Tabela rodzaju kalectwa

Załącznik nr 3. Tabela rodzaju inwalidztwa

**Załącznik nr 4. Rodzaje wypadków, których następstwem było poddanie określonej części ciała
przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabycie protez**

Załącznik nr 5. Katalog operacji chirurgicznych

obowiązują do Umów ubezpieczenia zawartych po 15.10.2012 r.

Spis treści

Załącznik nr 1. Tabela rodzajów oraz określonych procentowo trwałych uszczerbków na zdrowiu	3
Załącznik nr 2. Tabela rodzaju kalectwa	11
Załącznik nr 3. Tabela rodzaju inwalidztwa	12
Załącznik nr 4. Rodzaje wypadków, których następstwem było poddanie określonej części ciała przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabycie protez ...	12
Załącznik nr 5. Katalog operacji chirurgicznych	13



TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Załącznik nr 1

Tabela rodzajów oraz określonych procentowo uszczerbków na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	
	prawa	lewa
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru ruchomości i tkliwości blizn itp.	do 10	
b) oskalpowanie	25	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	do 10	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy poniżej 2,5 cm	7	
b) o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	do 25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień stałego lub długotrwałego 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 się wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepnicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	do 15	
5. Porażenie i niedowład 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	do 80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	do 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.	do 35	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
kończyna górna wg Skali Lovette'a		
– 0°	40	30
– 1-2°	do 35	do 25
– 3-4°	do 25	do 15
kończyna dolna wg Skali Lovette'a		
– 0°	40	
– 1-2°	30	
– 3-4°	do 20	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	80	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	30	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	do 80	
c) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	do 60	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	do 25	
8. Padaczka:		
a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100	
b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	do 70	
c) padaczka bez zmian psychicznych w zależności od częstotliwości napadów	do 40	
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
a) ciężkie zaburzenia wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utwalone psychozy)	100	
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	do 70	
c) encefalopatie z utwalonymi skargami subiektywnymi, jak bóle, zawroty głowy, wzmożona pobudliwość nerwowa, trudności w skupieniu uwagi, z zaburzeniami pamięci, snu itp.	30	
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem organicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10. Zaburzenia adaptacyjne będące następstwem urazów i wypadków, w których nie doszło do trwałych uszkodzeń OUN:		
a) utwalone nerwice związane z urazem czaszkowo – mózgowym	do 10	
b) ujawnienie się psychozy w następstwie ciężkiego stresu	do 80	
11. Zaburzenia mowy:		
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80	
b) afazja całkowita motoryczna	60	
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40	
d) afazja nieznacznego stopnia	20	
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnętrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):		
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	60	
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	30	
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		
a) nerwu okoruchowego:		
w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15	
w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 30	
b) nerwu błoczkowego	3	
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15	
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 20	
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 20	
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49		
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, polykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego	do 50	
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15	
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 20	

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):		
a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy		do 10
b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji		do 30
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji		do 60
20. Uszkodzenia nosa:		
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia		do 10
b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania		do 20
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu		do 25
d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego		5
e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)		30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, należy stosować ocenę według tej pozycji (tj. według poz. 19).		
21. Utrata zębów:		
a) siekacze i kły – za każdy ząb		0,5
b) pozostałe zęby począwszy od dwóch – za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)		1
22. Utrata części szczęki górnej lub dolnej (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków stanu odżywiania i powikłań		do 30
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):		
a) górnej		40
b) dolnej		50
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:		
a) szczęki		do 40
b) żuchwy		do 40
25. Ubytek podniebienia:		
a) z zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		do 30
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		do 40
26. Ubytki języka:		
a) bez zaburzeń mowy i polykania		3
b) z zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		do 15
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń		do 40
d) całkowita utrata języka		50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długo-trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka lewego	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	procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu														
												1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0				
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
	0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
	0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100				
	0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100					
	0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100						
	0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100							
	0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100								
	0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100									
	0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100										
	0	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100											

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b) utrata wzroku z jednoczesnym wytuszczeniem gałki ocznej		38
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 ostrości wzroku (poz. 27a)
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego		jw
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka		jw
d) zanik nerwu wzrokowego		jw
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących:		
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)		jw
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)		jw
c) ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku		jw
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)		
		jw
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według niżej podanej tabeli:		

zwężenie do	przy nie naruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	45%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe		60		
b) dwunosowe		30		
c) jednoimienne		25		
d) jednoimienne górne		10		
e) jednoimienne dolne		40		
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku		25		
b) w obojgu oczach		40		
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:				
a) w jednym oku		15		
b) w obojgu oczach		30		
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku		10		
b) w obojgu oczach		15		
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać według tabeli ostrości wzroku poz. 27a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia poz. 32.				
38. Jaskra – oceniać według tabeli ostrości wzroku (poz. 27a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 32), z tym że ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu.				
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia		do 100		
40. Zaćma urazowa		wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)		
41. Przewlekłe zapalenie spojówek		10		
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli:				
Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)				
Ucho lewe Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
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, 1000 i 2000 Hz.				
43. Urazy małżowiny szyjnej:				
a) utrata części małżowiny				5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia				do 10
c) utrata jednej małżowiny				15
d) utrata obu małżowin				25
44. Zewnętrzne zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				jw
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:				
a) jednostronne				5
b) obustronne				10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:				
a) jednostronne				do 15
b) obustronne				do 20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu				oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				
a) z uszkodzeniem części słuchowej				ww
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				do 50
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				do 60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:				
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia				do 40
b) dwustronne				60
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU				
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji				do 25
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej – w zależności od stopnia zwężenia				do 30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej:				
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia				do 50
b) z bezgłosem				60
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia				do 60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:				
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania				do 30
b) odżywianie tylko płynami				50
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową				80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy				do 30
Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać według poz. 89.				
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA				
56. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości klatki piersiowej				do 30
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości)				do 25
58. Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.)				
a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc				do 10
b) z obecnością zniekształceń i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej				do 25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniem				do 10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka				20

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

61. Uszkodzenia płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) bez niewydolności oddechowej	10
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	do 40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropnieniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	do 80
Uwaga: Przy orzekaniu według pozycji 61 i 62 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z wydolnym układem krążenia	10
b) z objawami względnej wydolności układu krążenia	30
c) z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	do 90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniać należy na podstawie badania radiologicznego, elektrokardiograficznego i badania ECHO.	
64. Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	do 40
G. USZKODZENIE BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	do 30
Uwaga: 1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). 2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	do 50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	do 80
b) jelita grubego	do 50
68. Przetoki okołoodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	do 30
71. Utrata śledziony	
a) bez większych zmian w obrazie krwi	15
b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	30
72. Uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) bez zaburzeń ich czynności	do 10
b) z zaburzeniami ich czynności w zależności od stopnia	do 60
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	do 25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	do 75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	do 30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	do 50
79. Zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	do 50
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu z powikłaniami	do 60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 50 lat	40
b) w wieku powyżej 50 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych:	
a) pochwy	10
b) pochwy i macicy	30
I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA (ORZEKAĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ PO 6 MIESIĄCACH)	
87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	10
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtni, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące uszkodzenie narządów mięsziowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15
Uwaga: 1. Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego. 2. Zatrucie włośnicami nie pozostawia w zasadzie trwałych następstw.	
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni	do 15
b) całkowite zeszywnienie	do 35
c) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	do 50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym :	
a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji powyżej 20 stopni lub zginania do 50 cm	do 15
b) całkowite zeszywnienie	do 25
c) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem tułowia	do 40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji	do 10
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	do 10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch łasek	70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej łasce	40

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzędziowym)	100
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzędziowym)	70
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzędziowym)	30
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	40
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	do 30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne	do 10
b) piersiowe	do 10
c) lędźwiowo-krzyżowe	do 15
d) guziczne	5
K. USZKODZENIA MIEDNICY	
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu	do 35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno-lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	do 20
b) w odcinku przednim i tylnym (w tym Malgaigne'a)	do 45
97. Złamanie dna panewki – w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających:	
a) bez zwinięcia centralnego	do 20
b) ze zwinięciem centralnym	do 40
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	do 20
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	
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u osób leworęcznych stopień stałego lub długotrwałego 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.	
Łopatka	
99. Złamanie łopatki:	
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	5
b) wygojone załamanie łopatki z przemieszczeniem i znaczącym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia zaburzeń	do 40
Uwaga: Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.	
Obojczyk	
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów	do 25
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	25
102. Zwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia zdolności dźwignia i stopnia zniekształcenia	do 25
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	5
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.	
Bark	
104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego – w zależności od stopnia ograniczenia funkcji przykurczu	do 30
105. Zastarzałe nie odprowadzone zwinięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	do 30
106. Nawykowe zwinięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i Rtg	25
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	do 40
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.	
108. Zesztywnienie stawu barkowego:	
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	do 35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	do 15
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji.	do 35
111. Utrata kończyny w barku	75
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80
Ramię	
113. Złamanie kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:	
a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	do 15
b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	do 30
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	do 55
114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:	
a) mięśnia dwugłowego	do 15
b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	do 20
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia	
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70
b) przy dłuższych kikutach	65
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	3
Staw łokciowy	
117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej – w zależności od zaburzeń osi i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym:	
a) bez większych przemieszczeń, zniekształceń i ograniczenia ruchomości	do 15
b) z dużym zniekształceniem i ze znacznym przykurczem	do 30
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:	
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	do 30
b) z brakiem ruchów obrotowych	do 35
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	do 50
d) w innych ustawieniach – zależnie od przydatności czynnościowej kończyny	do 45
119. Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostowania i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:	
a) przy niemożności zgięcia do 90°	do 30
b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	do 20
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego należy oceniać według pozycji 117-119.	

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

120. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	do 30	do 25
121. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. Ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	do 5	
Przedramię		
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) ze zniekształceniem	do 15	do 10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	do 25	do 20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) ze zniekształceniem i zaznaczonymi zaburzeniami funkcji	do 15	do 10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	do 35	do 30
124. Staw rzekomy kości promieniowej	do 30	do 25
125. Staw rzekomy kości łokciowej	do 20	do 15
126. Bark zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia	do 40	do 35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	do 15	do 15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	do 65	do 60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
Nadgarstek		
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) – w zależności od ustawienia, zakresu ruchów, objawów bólowych i troficznych oraz funkcji palców:		
a) ograniczenie ruchomości	do 10	do 8
b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia	do 20	do 15
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	do 30	do 25
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	do 30	do 25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	do 45	do 40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi zmianami, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o	do 10	do 10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
L. ŚRÓDRĘCZE I PALCE		
Kciuk		
134. Złamania i zwichnięcia kciuka (pierwszej kości śródreżca i paliczek kciuka) – w zależności od ustawienia, zniekształcenia i stopnia zaburzeń funkcji kciuka:		
a) z przemieszczeniem	do 10	do 8
b) z dużym przemieszczeniem i zniekształceniem	do 20	do 15
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
135. Utraty w obrębie kciuka:		
a) utrata opuszki	do 5	do 3
b) utrata paliczka paznokciowego	do 10	do 8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15	10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczek bez kości śródreżca	20	15
e) utrata obu paliczek z kością śródreżca	30	25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji	do 10	do 8
b) znaczne ograniczenie funkcji	do 20	do 15
c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	do 30	do 25
 palec wskazujący		
137. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata opuszki	do 5	do 3
b) utrata paliczka paznokciowego	do 7	do 5
c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	12	10
e) utrata trzech paliczek	do 17	do 15
f) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	23	25
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródreżca (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	do 8	do 5
b) znaczne ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	do 12	do 10
c) bezużyteczność palca granicząca z utratą wskaziciela	17	15
 palec trzeci, czwarty i piąty		
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b) palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12	8
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	2	1
b) znaczne ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	4	3
c) bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. USZKODZENIE KOŃCZYNY DOLNEJ		
Biodro		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej	85	
143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia	do 25	

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	do 35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	do 60
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższej nasady kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych oraz dolegliwości subiektywnych:	
a) ze zmianami miernego stopnia	do 20
b) ze zmianami dużego stopnia	do 40
c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	do 65
146. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. Ocenia się według pozycji 142-145, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o	do 15
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	
147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 4 cm	do 15
b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	do 30
c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	do 40
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	do 60
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.	do 20
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	do 30
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	do 10
152. Uszkodzenia uda powikłane z współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	do 65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153. Utrata kończyny – zależnie od długości kikutu i przydatności jego cech do oprostowania	do 70
Kolano	
154. Zesztywnienie stawu kolanowego:	
a) w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0-15°	do 30
b) przy większych stopniach zgięcia lub przeproście powyżej -10° (minus 10°) stosuje się ocenę wg pp. a) - zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu za każde 4° odchylenie ponad granicę 15° lub -10° o:	1
155. Trwałe ograniczenia ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) – w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji:	
a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 40°-90° za każde 5° ubytku ruchu	1
c) utrata ruchomości w zakresie 90°-120° za każde 10° ubytku ruchu	1
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. – w zależności od stopnia	do 20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
Podudzie	
158. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm	do 15
b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	do 25
c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	do 50
159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych i zniekształceń stopy	do 20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikutu, długości, przydatności do oprostowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikutu do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b) przy dłuższych kikutach	do 55
Stawy skokowe, stopa	
162. Ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranień, ciał obcych, blizn itp.) – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) bez zniekształceń	do 15
b) ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy	do 25
c) powikłane przewlekłym zapaleniem kości stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp.	do 40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	do 20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	do 40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	do 15
b) znacznego stopnia lub z powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	do 30
165. Utrata kości piętowej lub kostkowej	40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	do 10
b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	do 20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	do 15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	do 10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	do 20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	do 10
169. Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowe i zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności	do 15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40

TABELA RODZAJÓW ORAZ OKREŚLONYCH PROCENTOWO TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35	
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	do 30	
Palce stopy		
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	do 5	
175. Utrata całego palucha	7	
176. Utrata wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	do 20	
177. Utrata palców II-V w części lub całości – za każdy palec	2	
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	do 10	
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	do 5	
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	do 5	
N. PORAZENIE LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	do 15	
b) nerwu piersiowego długiego	do 15	do 10
c) nerwu pachwowego	do 25	do 20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	do 25	do 20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	do 45	do 35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	do 30	do 25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	do 25	do 15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	do 15	do 10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	do 40	do 30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	do 25	do 15
k) nerwu łokciowego	do 30	do 20
l) splotu karkowego części nadobojczykowej (górnej)	do 25	do 20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	do 45	do 40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	do 15	
o) nerwu zasłonowego	do 15	
p) nerwu udowego	do 30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	do 20	
r) nerwu sromowego wspólnego	do 25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	do 60	
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	do 40	
u) nerwu strzałkowego	do 20	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	do 70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	do 10	
Uwaga: Według pozycji 181 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.		
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30	50

TABELA RODZAJU KALECTWA

Załącznik nr 2
Tabela rodzaju kalectwa

Rodzaj trwałego kalectwa na zdrowiu	Procent trwałego kalectwa na zdrowiu
Calkowita utrata:	
1. wzroku w jednym oku	35
2. wzroku w obydwu oczach	100
3. sluchu w jednym uchu	20
4. sluchu w obu uszach	50
5. węchu i zmysłu powonienia łącznie	10
6. języka i zmysłu smaku łącznie	50
Calkowita fizyczna utrata:	
7. kciuka	20
8. palca wskazującego	10
9. palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5
10. palucha	5
11. palca stopy poza paluchem	2
12. wszystkich palców stopy	25
Calkowita fizyczna utrata lub utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	
13. kończyna górna w stawie barkowym	70
14. przedramię (kończyna górna powyżej stawu łokciowego a poniżej stawu barkowego)	65
15. śródreżce (kończyna górna poniżej stawu łokciowego a powyżej nadgarstka)	50
16. nadgarstek (kończyna górna poniżej lub na wysokości nadgarstka)	55
17. kończyna dolna powyżej środkowej części uda	70
18. podudzie (kończyna dolna poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego)	60
19. kończyna dolna poniżej stawu kolanowego a powyżej środkowej części	50
20. kończyna dolna poniżej środkowej części podudzia a powyżej stopy (stawu kolanowego)	45
21. kończyna dolna – utrata stępu (stopa w stawie skokowym)	40
22. kończyna dolna – śródstopie (stopa z wyłączeniem pięty)	30
Złamania:	
23. Złamanie kości podstawy i sklepienia czaszki	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
24. Złamanie kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (paliczki kciuka i kości śródreżca), palca wskazującego, obojczyka, rzepki, kości skokowej, piętowej:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	6
c) inne złamania wieloodłamowe	4
d) inne złamania	2
25. Złamanie kości podstawy i sklepienia łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
26. Złamanie kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	3
27. Złamanie obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3
28. Złamania kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, łódkowatej stopy, sześcienniej, klinowatych	
a) wieloodłamowe otwarte	8
b) inne złamania otwarte	6
c) inne złamania wieloodłamowe	4
d) inne złamania	2
29. Złamania kości śródreżca i śródstopia, nadgarstka, mostka:	
a) złamania otwarte	6
b) inne złamania	2
30. Złamania kości: żeber, wyrostków ościstych i poprzecznych kręgosłupa, ogonowej, strzałkowej, łonowej, kulszowej, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskaziciela):	
a) złamania otwarte	8
b) inne złamania	3
31. Złamania kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamanie pod-i-przeskrętarzowe):	
a) wieloodłamowe otwarte	25
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
32. Złamanie kości: talerza biodrowego, kolcy biodrowych, trzonu kręgow, guza kulszowego:	
a) złamania otwarte	8
b) inne złamania	3
33. Złamanie kości udowej:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	3
34. Złamanie obu kości podudzia:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3
Oparzenia (II i III stopnia):	
35. oparzenia obejmujące 5-15% powierzchni ciała	10
36. oparzenia obejmujące 16-30% powierzchni ciała	25
37. oparzenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
Porażenie:	
38. porażenie czterokończynowe	100
39. porażenie dwukończynowe	60

TABELA RODZAJU INWALIDZTWA / RODZAJE WYPADKÓW UBEZPIECZENIOWYCH

Załącznik nr 3
Tabela rodzaju inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	% sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	70%
Utrata przedramienia	65%
Utrata nadgarstka	55%
Utrata śródreżcza	50%
Utrata kciuka	20%
Utrata palca wskazującego	10%
Utrata palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5%
Utrata uda	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata stępu	40%
Utrata śródstopia	30%
Utrata palucha	5%
Utrata palca stopy poza paluchem	2%
Utrata wszystkich palców stopy	25%
Obustronna utrata wzroku	100%
Jednostronna utrata wzroku	50%
Obustronna utrata słuchu	60%
Jednostronna utrata słuchu	30%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenie dwukończynowe	60%

Załącznik nr 4
Rodzaje wypadków ubezpieczeniowych (uszczerbków, których następstwem było poddanie określonej części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabytcie protezy przez Ubezpieczonego) wraz z podaniem procentu sumy ubezpieczenia należnego tytułem świadczenia.

Część ciała, której dotyczy uszczerbek	Wypadek ubezpieczeniowy: przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
Głowa i szyja		
	włosów	2-15% (w zależności od powierzchni uszkodzonej skóry głowy)
	brwi	2% za jedną brew
	rzęs	2% za jedną powiekę
	gałki ocznej	6%
	małżowiny usznej	8%
	nosa	15%
	uzębienia	2% za każdy ząb
	skóry twarzy i szyi	5-75% (w zależności od rozległości)
Klatka piersiowa		
u kobiet	piersi – bez przypadków częściowych amputacji, np.: tzw. „kwadrantectomii”	25%
Brzuch		
u mężczyzn	jądra	20%
Kończyna górna		
	ramienia powyżej stawu łokciowego	60%
	przedramienia powyżej stawu promieniowo-nadgarstkowego	45%
	ręki z urazem kości śródreżcza powyżej stawów śródreżczno-paliczkowych	40%
	kciuka powyżej lub na wysokości stawu śródreżczno-paliczkowego	20%
	palca wskazującego powyżej lub na wysokości stawu śródreżczno-paliczkowego	15%
	palca III-V powyżej lub na wysokości stawu śródreżczno-paliczkowego	3%
Kończyna dolna		
	uda powyżej lub na wysokości stawu kolanowego	65%
	podudzia powyżej lub na wysokości stawu skokowego	55%
	stopy powyżej lub na wysokości stawu Choparta	40%
	palucha powyżej lub na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego	10%

KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Załącznik nr 5 Katalog operacji chirurgicznych

UKŁAD NERWOWY		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
4	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	II
5	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
6	Wentrykulostomia	II
7	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
8	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
9	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
10	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
11	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
12	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
13	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
14	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
15	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
16	Rekonstrukcja opony twardej	I
17	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
18	Drenaż przestrzeni podoponowej	I
19	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
20	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I
21	Wycięcie nerwu obwodowego	III
22	Zniszczenie nerwu obwodowego	III
23	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	III
24	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	II
25	Sympatektomia szyjna	II

UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Wycięcie przysadki mózgowej	I
2	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
3	Operacja szyszynki	I
4	Wycięcie tarczycy	II
5	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II
6	Wycięcie tarczycy językowej	II
7	Wycięcie przytarczyc	II
8	Wycięcie grasicy	II
9	Wycięcie nadnercza	II
10	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnercza	II
11	Całkowite wycięcie sutka	II
12	Całkowita rekonstrukcja sutka	I
13	Nacięcie sutka	III
14	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III

OKO		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Wycięcie gałki ocznej	II
2	Usunięcie zmiany oczodołu	II
3	Protezowanie gałki ocznej	III
4	Rewizja protezy gałki ocznej	III
5	Operacyjna plastyka oczodołu	II
6	Nacięcie oczodołu	III
7	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
8	Usunięcie zmiany powieki	III
9	Wycięcie nadmiaru powieki	III
10	Rekonstrukcja powieki	III
11	Korekcja deformacji powieki	III
12	Korekcja opadania powieki	III
13	Nacięcie powieki	III
14	Ochronne zeszytycie szpary powiekowej	III
15	Operacja gruczołu łzowego	III
16	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
17	Operacja kanału łzowego	III
18	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	III
19	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
20	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
21	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
22	Usunięcie zmiany spojówki	III
23	Operacja naprawcza spojówki	III
24	Nacięcie spojówki	III
25	Wycięcie zmiany rogówki	III
26	Plastyka rogówki	II
27	Operacja naprawcza rogówki	III
28	Nacięcie rogówki	III
29	Usunięcie zmiany twardówki	III
30	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	II
31	Nacięcie twardówki	III
32	Wycięcie tęczówki	III
33	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
34	Nacięcie tęczówki	III
35	Usunięcie ciała rzęskowego	II
36	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
37	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
38	Nacięcie torebki soczewki oka	III
39	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
40	Operacja ciała szklistego	II
41	Zniszczenie zmiany siatkówki	III

UCHO		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Wycięcie ucha zewnętrznego	II
2	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III
3	Plastyka ucha zewnętrznego	II
4	Drenaż ucha zewnętrznego	III
5	Otwarcie wyrostka sutkowatego	II
6	Operacja naprawcza błony bębenkowej	II
7	Drenaż ucha środkowego	III
8	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
9	Usunięcie zmiany ucha środkowego	II
10	Operacja trąbki Eustachiusza	II
11	Operacja ślimaka	I
12	Operacja aparatu przedsionkowego	II

UKŁAD ODDECHOWY		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Wycięcie nosa	II
2	Plastyka nosa	II
3	Operacja przegrody nosa	III
4	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III
5	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III
6	Operacja nosa zewnętrznego	III
7	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
8	Operacja zatoki czołowej	III
9	Operacja zatoki klinowej	III
10	Operacja zatoki nosa	III
11	Wycięcie gardła	I
12	Operacja naprawcza gardła	II
13	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II
14	Wycięcie krtani	II
15	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
16	Rekonstrukcja krtani	I
17	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III
18	Częściowe wycięcie tchawicy	I
19	Plastyka tchawicy	II
20	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II
21	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III
22	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
23	Częściowe usunięcie oskrzela	II
24	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
25	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
26	Przeszczep płuca	I
27	Wycięcie płuca	I
28	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
29	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
30	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II

JAMA USTNA		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Częściowe wycięcie wargi	III
2	Usunięcie zmiany wargi	III
3	Korekcja deformacji wargi	II
4	Wycięcie języka	II
5	Usunięcie zmiany języka	III
6	Nacięcie języka	III
7	Usunięcie zmiany podniebienia	III
8	Korekcja deformacji podniebienia	II
9	Wycięcie migdałków	III
10	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
11	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
12	Wycięcie ślinianki	III
13	Usunięcie zmiany ślinianki	III
14	Nacięcie gruczołu ślinowego	III
15	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
16	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
17	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
18	Poszerzenie przewodu ślinowego	III

GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		
L.p.	Operacja	Stopień trudności
1	Wycięcie przełyku i żołądka	I
2	Całkowite wycięcie przełyku	I
3	Częściowe wycięcie przełyku	II
4	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
5	Zespolenie omijające przełyku	I
6	Rewizja zespolenia przełyku	II
7	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
8	Operacja naprawcza przełyku	I
9	Nacięcie przełyku	I
10	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
11	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
12	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
13	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III
14	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
15	Operacja antyrefluksowa	III
16	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III

KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

17	Całkowite wycięcie żołądka	I
18	Częściowe wycięcie żołądka	II
19	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
20	Operacja plastyczna żołądka	II
21	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
22	Zespolenie żołądkowo-czcze	II
23	Gastrotomia	III
24	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
25	Pyloromyotomia	II
26	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
27	Wycięcie dwunastnicy	II
28	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
29	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
30	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II
31	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
32	Wycięcie jelita czczego	II
33	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
34	Jejunostomia	II
35	Zespolenie omijające jelita czczego	II
36	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
37	Wycięcie jelita krętego	II
38	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
39	Zespolenie omijające jelita krętego	II
40	Rewizja zespolenia jelita krętego	II
41	Wytworzenie ileostomii	II
42	Rewizja ileostomii	II
43	Sródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
44	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II

DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

L.p.		
1	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
3	Całkowite wycięcie okrężnicy	I
4	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	I
5	Resekcja poprzeczny	II
6	Lewostronna hemikolektomia	II
7	Wycięcie esicy	II
8	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
9	Zespolenie omijające okrężnicy	II
10	Wylonienie jelita ślepego	II
11	Nacięcie okrężnicy	II
12	Sródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
13	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
14	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
15	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	III
16	Wycięcie odbytnicy	I
17	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
18	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
19	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
20	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez kroczce	II
21	Wycięcie odbytu	II
22	Wycięcie zmiany odbytu	III
23	Operacja naprawcza odbytu	III
24	Wycięcie hemoroidów	III
25	Drenaż przez okolicę kroczca	III
26	Wycięcie zatoki włosowej	III

INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ

L.p.		
1	Przeszczep wątroby	I
2	Częściowe wycięcie wątroby	I
3	Usunięcie zmiany wątroby	I
4	Nacięcie wątroby	III
5	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
6	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
7	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	III
8	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
9	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
10	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
11	Przeznaczeniowa operacja pęcherzyka żółciowego	III
12	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
13	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
14	Zespolenie przewodu wątrobowego	I
15	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
16	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
17	Nacięcie przewodu żółciowego	II
18	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
19	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
20	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
21	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
22	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
23	Przeznaczeniowa rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
24	Przeznaczeniowa implantacja protezy przewodu żółciowego	III
25	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III
26	Przeszczep trzustki	I
27	Całkowite wycięcie trzustki	I
28	Wycięcie głowy trzustki	I
29	Usunięcie zmiany trzustki	II
30	Zespolenie przewodu trzustkowego	II
31	Otwarty drenaż trzustki	II
32	Nacięcie trzustki	II
33	Całkowite wycięcie śledziony	II

SERCE

L.p.		
1	Przeszczep płuc i serca	I
2	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
3	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	I
4	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego I	I
5	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
6	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
7	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
8	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
9	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
10	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
11	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
12	Plastyka przedsionka serca	I
13	Walwuloplastyka mitralna	I
14	Walwuloplastyka aortalna	I
15	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
16	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
17	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
18	Rewizja plastyki zastawki serca	I
19	Otwarta walwulotomia	I
20	Zamknięta walwulotomia	I
21	Przeznaczeniowa operacja dotycząca zastawki serca	II
22	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
23	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
24	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
25	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
26	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
27	Otwarta koronaroplastyka	I
28	Przeznaczeniowa balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II
29	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	I
30	Wszczepienie systemu wspomagania serca	II
31	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
32	Inny stały sposób stymulacji serca	I
33	Wycięcie osierdzia	I
34	Drenaż osierdzia	II
35	Nacięcie osierdzia	II

NACZYNIĄ TĘTNICZĄ ORAZ ŻYLNĄ

L.p.		
1	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
2	Otwarta operacja zamknięcia przetwornego przewodu tętniczego	I
3	Przeznaczeniowa operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
4	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
5	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
6	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
7	Przeznaczeniowa operacja tętnicy płucnej	II
8	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
9	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
10	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
11	Plastyka aorty	I
12	Przeznaczeniowa operacja aorty	II
13	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
14	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
15	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
16	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
17	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
18	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
19	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
20	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
21	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
22	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
23	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
24	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
25	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
26	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
27	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
28	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	III
29	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
30	Wycięcie innej tętnicy	III
31	Operacja naprawcza innej tętnicy	III
32	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
33	Zespolenie tętniczo-żylne	III
34	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
35	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
36	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	III
37	Usunięcie skrzepiny z żyły metodą otwartą	III
38	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	III

UKŁAD MOCZOWY

L.p.		
1	Przeszczep nerki	II
2	Całkowite wycięcie nerki	II
3	Częściowe wycięcie nerki	II
4	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
5	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
6	Nacięcie nerki	II
7	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
8	Operacja nerki przez nefrostomię	III
9	Wycięcie moczowodu	II
10	Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
11	Reimplantacja moczowodu	II
12	Operacja naprawcza moczowodu	II
13	Nacięcie moczowodu	II
14	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II

KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

15	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
16	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
17	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
18	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
19	Powiększenie pęcherza	II
20	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	III
21	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	II
22	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
23	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
24	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
25	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
26	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
27	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
28	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
29	Wycięcie cewki moczowej	II
30	Operacja naprawcza cewki moczowej	II
31	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
32	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III

NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE

L.p.		
1	Usunięcie moszny	III
2	Obustronne wycięcie jąder	II
3	Usunięcie zmiany jądra	III
4	Obustronne sprowadzenie jąder	III
5	Protezowanie jądra	III
6	Operacja wodniaka jądra	III
7	Operacja najądra	III
8	Wycięcie nasieniowodu	III
9	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
10	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
11	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
12	Amputacja prącia	II
13	Usunięcie zmiany prącia	III
14	Operacja plastyczna prącia	III
15	Protezowanie prącia	III
16	Operacja napletka	III

ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY

L.p.		
1	Operacja lechtaczki	III
2	Operacja gruczołu Bartholina	III
3	Wycięcie sromu	II
4	Wycięcie zmiany sromu	III
5	Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
6	Nacięcie kanału pochwy	III
7	Wycięcie pochwy	III
8	Nacięcie zrostów pochwy	III
9	Usunięcie zmiany pochwy	III
10	Operacja plastyczna pochwy	III
11	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
12	Plastyka sklepienia pochwy	III
13	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
14	Wycięcie szyjki macicy	III
15	Wycięcie zmiany szyjki macicy	III
16	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
17	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
18	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	III
19	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
20	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
21	Częściowe wycięcie jajowodu	III
22	Wszczepienie protezy jajowodu	III
23	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
24	Nacięcie jajowodu	II
25	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
26	Częściowe wycięcie jajnika	III
27	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III
28	Operacja naprawcza jajnika	III
29	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
30	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
31	Operacja innego więzadła macicy	III

SKÓRA

L.p.		
1	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
2	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
3	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
4	Przeszczep płata skóry owlosionej	III
5	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	II
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
7	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
8	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
9	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
10	Przeszczep płata śluzówki	III
11	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
12	Przeszczep śluzówki	III
13	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
14	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
15	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III

TKANKI MIĘKKIE

L.p.		
1	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
2	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
3	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
4	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
5	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
6	Proste wycięcie worka przeponki pachwinowej	III
7	Pierwotna plastyka przeponki pachwinowej	III
8	Plastyka nawrotowej przeponki pachwinowej	II
9	Pierwotna plastyka przeponki udowej	III
10	Plastyka nawrotowej przeponki udowej	II
11	Plastyka przeponki pępkowej	III
12	Pierwotna plastyka przeponki w bliźnie pooperacyjnej	III
13	Plastyka nawrotowej przeponki w bliźnie pooperacyjnej	II
14	Plastyka przeponki ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III
15	Operacja dotycząca pępka	III
16	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III
17	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
18	Operacja dotycząca sieci	III
19	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
20	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
21	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
22	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
23	Przeszczep powięzi	III
24	Wycięcie powięzi brzucha	III
25	Usunięcie zmiany powięzi	III
26	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
27	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
28	Operacja kaletki maziowej	III
29	Przełożenie ścięgna	III
30	Wycięcie ścięgna	III
31	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
32	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
33	Uwolnienie ścięgna	III
34	Zmiana długości ścięgna	III
35	Wycięcie pochewki ścięgna	III
36	Przeszczep mięśnia	II
37	Wycięcie mięśnia	III
38	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	III
39	Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
40	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
41	Drenaż węzła chłonnego	III
42	Operacja przewodu limfatycznego	III
43	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III

KOŚCI ORAZ STAWY

L.p.		
1	Operacja naprawcza czaszki	II
2	Otwarcie czaszki	I
3	Wycięcie kości twarzy	III
4	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
5	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
6	Wycięcie zuchwy	II
7	Nastawienie złamania zuchwy metodą otwartą	III
8	Rekonstrukcja stawu skroniowo-zuchwowego	II
9	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
10	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
11	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
12	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	I
13	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	I
14	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
15	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
16	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
17	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
18	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
19	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
20	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
21	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
22	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
23	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
24	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
25	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
26	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
27	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
28	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
29	Całkowita rekonstrukcja kości	II
30	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
31	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
32	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	III
33	Wycięcie kości ektopowej	III
34	Usunięcie zmiany kości	II
35	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
36	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
37	Rozdzielenie trzonu kości	II
38	Rozdzielenie kości stopy	III
39	Drenaż kości	III
40	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
41	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
42	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
43	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II

KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

44	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
45	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeszskórną stabilizacją zewnętrzną	III
46	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
47	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
48	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
49	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
50	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
51	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
52	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
53	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
54	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
55	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
56	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
57	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
58	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
59	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
60	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
61	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
62	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
63	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
64	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwknięcia stawu	II
65	Wtórne nastawienie urazowego zwknięcia stawu metodą otwartą	III
66	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
67	Protezowanie ścięgna	II
68	Wzmocnienie ścięgna protezą	III
69	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
70	Uwolnienie przykurczu stawu	III
71	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
72	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	II
73	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	III
74	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	III
75	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	III
76	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	II

RÓŻNE

L.p.		
1	Reimplantacja kończyny górnej	II
2	Reimplantacja kończyny dolnej	II
3	Reimplantacja innego narządu	II
4	Wszczepienie protezy kończyny	I
5	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
6	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
7	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
8	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
9	Amputacja palucha	III