

SUPER GRUPA

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	2
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.....	4
Informacje dotyczące ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-0324	9
OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0324.....	10
Postanowienia wstępne.....	10
§ 1. Definicje pojęć	10
§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej	11
§ 3. Pakiet SUPER GRUPA.....	11
§ 4. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia	11
§ 5. Polisa ubezpieczeniowa	11
§ 6. Czas trwania umowy ubezpieczenia	12
§ 7. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia	12
§ 8. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	12
§ 9. Suma ubezpieczenia	12
§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności.....	12
§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności.....	12
§ 12. Ograniczenia odpowiedzialności	12
§ 13. Wyłączenia odpowiedzialności	12
§ 14. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń	13
§ 15. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia	13
§ 16. Reklamacje i skargi	14
§ 17. Dodatkowe postanowienia umowne	14
§ 18. Postanowienia końcowe.....	14
Załącznik nr 1 Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	15
Informacje dotyczące ogólnych warunków umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-0424.....	23
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424	24
Postanowienia wstępne.....	24
§ 1. Definicje pojęć	24
§ 2. Przedmiot ubezpieczenia i zakres ochrony ubezpieczeniowej.....	26
§ 3. Zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej.....	26
§ 4. Warunki zawarcia Umowy Dodatkowej	31
§ 5. Czas trwania Umowy Dodatkowej.....	32
§ 6. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności.....	32
§ 7. Początek i koniec odpowiedzialności	32
§ 8. Karencja	32
§ 9. Wyłączenia odpowiedzialności	32
§ 10. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń	33
§ 11. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia	33
§ 12. Postanowienia końcowe.....	34
Załącznik nr 1 Wykaz Operacji Chirurgicznych	35
Załącznik nr 2 Tabela poważnych zachorowań	40

Załącznik nr 3 Wykaz Operacji Chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku	44
Załącznik nr 4 Tabela wad wrodzonych.....	47
Informacje dotyczące ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1218	48
Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1218.....	49
Postanowienia wstępne	49
§ 1. Definicje pojęć	49
§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej	49
§ 3. Warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	49
§ 4. Zasady zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.....	49
§ 5. Polisa ubezpieczeniowa	49
§ 6. Czas trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.....	49
§ 7. Odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	49
§ 8. Wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	50
§ 9. Suma ubezpieczenia	50
§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności.....	50
§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności.....	50
§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności	50
§ 13. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń	50
§ 14. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia	50
§ 15. Reklamacje i skargi	51
§ 16. Dodatkowe postanowienia umowne	51
§ 17. Postanowienia końcowe.....	51
Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”	52
Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”	53

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych

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

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

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

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

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

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie

przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

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



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

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu: W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie

niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

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

Ubezpieczenie zbiorowe na życie SUPER GRUPA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: SUPER GRUPA OWU BRP-0324

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września 2024 roku (zwane dalej OWU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Ubezpieczenie o charakterze zbiorowym polegające na objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach wielu umów ubezpieczenia grupy osób, które wyrażą chęć ubezpieczenia na określonych, jednakowych dla wszystkich osób warunkach ubezpieczenia (Pakiet SUPER GRUPA). Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile zachowane zostaną warunki wskazane w § 6 OWU.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

życie i zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: zakres ryzyk oraz wysokość świadczeń zależne od rodzaju Pakietu SUPER GRUPA.

Ryzyka dotyczące Ubezpieczonego

- zgon (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej)
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- zgon w wyniku wypadku lądowego
- zgon w wyniku wypadku lotniczego
- zgon w wyniku wypadku wodnego
- zgon chorobowy (zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca)
- zgon powodujący osierocenie dziecka
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie
- pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek (świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu trwający 2 pełne dni lub więcej dni – zgodnie z definicją w OWU)
- pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku życia (świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu trwający 1 pełny dzień lub więcej dni - zgodnie z definicją w OWU)
- urodzenie się dziecka (żywego lub martwego)

Ryzyka dotyczące dziecka Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące małżonka / partnera Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące rodziców Ubezpieczonego lub małżonka / partnera Ubezpieczonego

- zgon

Suma ubezpieczenia ustalana jest dla inicjatywnej grupy Ubezpieczających przy określaniu warunków ubezpieczenia dla danego Pakietu SUPER GRUPA. Suma ubezpieczenia jest taka sama dla wszystkich umów ubezpieczenia zawartych w ramach danego Pakietu SUPER GRUPA. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym świadczenia w wysokości potwierdzonej w polisie ubezpieczeniowej. Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 13 OWU.

Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek lub z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wynosi 180 dni.

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 3-6 OWU oraz w § 12 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata, z wyłączeniem zdarzeń assistance.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający / Ubezpieczony zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną składkę ubezpieczeniową
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego

Ubezpieczający / Ubezpieczony ma prawo:

- rozszerzyć zakres ochrony o umowę dodatkową do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (OWDU BRP-0424), która rozszerza zakres odpowiedzialności Towarzystwa o zdarzenia dotyczące
 - Ubezpieczonego jak: zgon w wyniku wypadku przy pracy, zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka powodujący wypłatę renty, leczenie poszpitalne, operacja chirurgiczna, poważne zachorowanie (pakiet dodatkowy), leczenie specjalistyczne, zdiagnozowanie nowotworu złośliwego oraz leczenie nowotworu złośliwego, dolegliwość zdrowotna – Ekspertka Opinia Medyczna, pogorszenie się stanu zdrowia

i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance (konsultacje lekarskie i E-konsultacje

- dziecka Ubezpieczonego jak: zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego, poważne zachorowanie (2 pakiety), pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek lub w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku, leczenie specjalistyczne
- małżonka/partnera Ubezpieczonego jak: zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego, poważne zachorowanie (3 pakiety), pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek lub w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, operacja chirurgiczna
- rodziców Ubezpieczonego lub rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego: zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- rodzeństwa Ubezpieczonego: zgon, zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia
- zawniekskować o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia
- wskazać beneficjenta (osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych beneficjentów w kwocie świadczenia

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej
- do ostatniego dnia miesiąca polisowego, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w kolejnym miesiącu polisowym - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SUPER GRUPA jest ustalana według następujących kryteriów: wysokości świadczenia z tytułu danego ryzyka, okresów karencji stosowanych w odniesieniu do określonych ryzyk.

Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- upływu 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona, na warunkach szczególnych umowa ubezpieczenia może być przedłużona na okres krótszy niż 36 miesięcy)
- odstąpienia od umowy ubezpieczenia
- w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne
- w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- zgonu Ubezpieczonego.

Jak zawniekskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową poprzez stronę internetową www.viennialife.pl lub pisemnie.
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 15 ust. 4 OWU.

- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 14 oraz w § 15 OWU.

Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

1. Prawo złożenia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,
 - 3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,
 - 4) w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@viennialife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.

Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrzenia?

1. Prawo złożenia skargi przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji.
2. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym doręczone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

UMOWA DODATKOWA DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA OWDU BRP-0424

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki. Zawarcie umowy dodatkowej winno nastąpić w tym samym czasie co zawarcie umowy podstawowej SUPER GRUPA.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 5. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – SUPER GRUPA. Umowę dodatkową zawiera się na czas trwania umowy podstawowej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia: życie i zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: zakres ryzyk oraz wysokość świadczeń zależne od rodzaju Pakietu SUPER GRUPA. Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa w ramach umowy dodatkowej wskazany jest w § 3 OWDU.

Ryzyka dotyczące Ubezpieczonego

- zgon w wyniku wypadku przy pracy
- zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy
- zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) – renta
- trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta
- poważne zachorowanie - Pakiet dodatkowy I
- poważne zachorowanie - Pakiet dodatkowy II
- zdiagnozowanie nowotworu złośliwego
- leczenie nowotworu złośliwego
- pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu
- pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego
- pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy
- pobyt w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)
- leczenie poszpitalne– świadczenie apteczne
- operacja chirurgiczna
- leczenie specjalistyczne
- trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu
- trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego
- trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy
- lekkie obrażenie ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- wystąpienie zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego
- czasowa niezdolność do pracy w wyniku wypadku przy pracy
- pobyt w sanatorium
- rekonwalescencja w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- rehabilitacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- wystąpienie dolegliwości zdrowotnej - EOM (ekspertka opinia medyczna)
- pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Ubezpieczony
- pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Rodzinny

Ryzyka dotyczące dziecka Ubezpieczonego

- zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego
- poważne zachorowanie - Pakiet I dla dziecka
- poważne zachorowanie - Pakiet II dla dziecka
- pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek
- pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- leczenie specjalistyczne
- trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- lekkie obrażenie ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- uszkodzenie ciała w wyniku pogryzienia/ukąszenia/użądlenia wymagające leczenia ambulatoryjnego
- Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej
- Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną
- Urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR

Ryzyka dotyczące małżonka/partnera Ubezpieczonego

- zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego
- trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie

- poważne zachorowanie– Pakiet dodatkowy I
- poważne zachorowanie– Pakiet dodatkowy II
- pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek
- pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego
- pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy
- operacja chirurgiczna
- trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- lekkie obrażenie ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- wystąpienie zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego
- czasowa niezdolność do pracy w wyniku wypadku przy pracy

Ryzyka dotyczące rodziców Ubezpieczonego, rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego

- zgon rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- zgon rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące rodzeństwa Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy dodatkowej jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu umowy podstawowej. Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk z tytułu umowy dodatkowej potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej
- usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez osobę której dotyczy zdarzenie
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę której dotyczy zdarzenie przestępstwa umyślnego
- prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie pozostawania pod wpływem alkoholu lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub środków odurzających.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 9 OWDU.

Ograniczenia odpowiedzialności

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazane są w § 3 OWDU oraz w § 8 OWDU dotyczącym okresów karencji.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata, z wyłączeniem zdarzeń assistance i niektórych zdarzeń dotyczących świadczeń leczniczych i uzdrowiskowych, zgodnie z OWDU.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego/Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie ubezpieczeniowej dotyczącej umowy podstawowej i umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej.

Jak zawnioskować o realizację świadczenia?

- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 11 ust. 2 i ust. 3 OWDU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 10 oraz w § 11 OWDU.

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia (w zakresie dotyczącym umowy podstawowej i umowy dodatkowej) w dowolnym momencie jej trwania, wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym doręczono zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA OWUIK BRP-1218

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września roku (zwane dalej OWUIK) oraz polisie ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

- Ubezpieczony ukończył wiek wskazany w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA, jako skutkujący względem tego Ubezpieczonego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej
- Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA co najmniej 5 lat w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i należna za niego składka z tego tytułu została opłacona
- Ubezpieczający złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłacił z tego tytułu pierwszą składkę ubezpieczeniową.

Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia SUPER GRUPA zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy, na zasadach określonych w § 6 OWUIK.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową (ryzyka oferowane łącznie, wysokość świadczenia dla ryzyka wskazana w OWUIK i zależna od sumy ubezpieczenia w umowie SUPER GRUPA)

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- zgon w wyniku wypadku lądowego
- zgon w wyniku wypadku lotniczego
- zgon w wyniku wypadku wodnego

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa oraz rodzaj świadczeń należnych z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazany jest w § 2 OWUIK.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- prowadzenia przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia
- prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia
- katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrzego
- uprawiania następujących sportów:
 - sportów lotniczych
 - sportów walki
 - sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych
 - wszelkich form alpinizmu
 - speleologii
 - sportów ekstremalnych
- popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia SUPER GRUPA
- zatrucia spowodowanego spożyciem/spożywaniem alkoholu, użyciem/używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, w szczególności skutkującego uszkodzeniami narządów wewnętrznych (np. mózgu, trzustki, wątroby) oraz zespołem zależności alkoholowej
- działania/zaniechania w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków
- samookaleczenia.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 12 OWUIK.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- opłacać należną składkę ubezpieczeniową
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego.

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia

- zawnioskować o zmianę sposobu (częstotliwości) opłacania składki ubezpieczeniowej
- zawnioskować o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia dodatkowych postanowień, odmiennych od ustalonych w OWUIK
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Beneficjenta, a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Pierwsza składka ubezpieczeniowa płatna jest do dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

Każda kolejna składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry, najpóźniej do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa

Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy określa sposób opłacania składki:

- miesięcznie
- kwartalnie
- półrocznie
- rocznie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie.

Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:

- w dniu odstąpienia od umowy ubezpieczenia
- z upływem okresu wypowiedzenia umowy
- z upływem 5-letniego okresu ubezpieczenia w przypadku nieprzedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres
- w dniu, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- w dniu zgonu Ubezpieczonego.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 14 ust. 4 OWUIK.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 13 oraz w § 14 OWUIK.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy).

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE SUPER GRUPA
BRP-0324**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, 4, § 12, § 13, § 15 ust. 10

SUPER GRUPA

OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0324

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-0324 (dalej: OWU) mają zastosowanie do umów zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej: umowa ubezpieczenia), zawieranych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

DEFINICJE POJĘĆ
§ 1.

Użyte w OWU pojęcia oznaczają:

- 1) **BENEFICJENT** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- 2) **CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA** – diagnoza choroby, która musi być uznana za „prawdopodobną”, zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej choroby Creutzfeldta-Jakoba:
 - a) postępująca demencja,
 - b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonie, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdku, uszkodzenie układu piramidowego/ pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,
 - c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),
 - d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/ picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.

Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.

W rozumieniu OWU za chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu choroby Creutzfeldta-Jakoba.
- 3) **CHOROBA PSYCHICZNA** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w szczególności depresja i nerwica (kod ICD-10: F00-F99).
- 4) **CHOROBA ŚMIERTELNA** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa, muszą być ustalone przez jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia. Za dzień wystąpienia choroby śmiertelnej uważa się dzień ustalenia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.
- 5) **CIĄŻA WYSOKIEGO RYZYKA** – nagle lub dające się przewidzieć powikłania ciążowe stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. Rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przebiegu leczenia) o wystąpieniu następujących czynników wysokiego ryzyka: 1) łożysko przodujące lub nisko usadowione z objawami krwawienia, 2) poród przedwczesny – przed 36 tyg. ciąży, 3) niewydolność cieśniowo-szykowa wymagająca założenia szwu naszykowego lub pessaria, 4) niepowściągliwe wymioty ciężarnych – utrzymujące się powyżej 14 tyg. ciąży, przebiegające z odwodnieniem, zaburzeniami metabolicznymi i czynności wątroby, 5) gestoza EHP (tzw. stan przedrzucawkowy), 6) rzucawka – z drgawkami toniczno-klonicznymi, 7) zespół HELLP, 8) krwawienie w drugiej połowie ciąży, 9) ciąża wielopłodowa od 23 tygodnia ciąży, 10) współistniejące zaburzenia metaboliczne w postaci cukrzycy insulinozależnej, 11) ciąża pozamaciczna, 12) makrosomia i hipotrofia, 13) martwica płodu, 14) ciąża zakończona cięciem cesarskim ze wskazań medycznych, 15) ciąża zakończona porodem próżniowym i kleszczowym.
- 6) **CIĘŻKIE OPARZENIE** – rozumie się przez to oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry), dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- 7) **DZIECKO** – dziecko biologiczne, przysposobione lub pasierb.
- 8) **DZIEŃ POBYTU W SZPITALU** – każdy pełny dzień pobytu w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala, przy czym dzień przyjęcia do szpitala uznaje za pełny jeżeli trwał on nieprzerwanie co najmniej 12 godzin. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu następujący po dniu przyjęcia do szpitala, w tym dzień wypisu ze szpitala uważa się za pełny dzień pobytu w szpitalu.
- 9) **MAŁŻONEK** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
- 10) **MIESIĄC POLISOWY** – okres rozpoczynający się w pierwszym dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanym na polisie (w przypadku pierwszego miesiąca polisowego) i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych (w przypadku kolejnych miesięcy polisowych), a kończący się w dniu poprzedzającym pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego.
- 11) **NADUŻYCIE LEKÓW** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.

- 12) **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia osoby której dotyczy. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się:
 - a) wypadków zaistniałych przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia oraz chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną,
 - b) przecięcia, nadwyrężenia organizmu będących wynikiem nagłego lub jednostajnego ruchu, wysiłku fizycznego lub dźwignięcia bez działania na organizm przyczyny zewnętrznej i skutkujących urazem albo ujawnieniem, w tym nagłym, zmian o charakterze chorobowym.
- 13) **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK** – schyłkowe stadium choroby nerek, rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerki. Niewydolność nerek musi być potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep). Rozpoznanie niewydolności nerek winno nastąpić w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- 14) **NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** – choroba, charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania, badaniem histopatologicznym.
- 15) **OJCZYM/MACOCHA** – osoba pozostająca w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z rodzicem Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego, a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego.
- 16) **OSIEROCENIE DZIECKA** – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
 - a) przed ukończeniem przez dziecko 20 roku życia,
 - b) przed ukończeniem przez dziecko 25 roku życia – jeżeli kontynuuje naukę w szkole, działającej na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym,
 - c) bez względu na wiek dziecka – jeżeli dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 17) **PAKIEŃ SUPER GRUPA** – określony standard warunków ubezpieczenia dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU, określający dla wszystkich osób Ubezpieczonych w danym pakiecie jednakowo: zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia, wysokość przysługujących świadczeń oraz wysokość składki ubezpieczeniowej; Pakiet SUPER GRUPA określany jest dla inicjatywnej grupy osób, które wyrażą wolę zawarcia umów ubezpieczenia na podstawie OWU na tożsamych warunkach ubezpieczenia.
- 18) **PARTNER** – osoba niespokrewniona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej dwóch lat i obie osoby są stanu wolnego. Za partnera nie uważa się byłego małżonka Ubezpieczonego.
- 19) **POMOSTOWANIE NACZYŃ WIĘNCOWYCH (BY-PASS)** – kardiochirurgiczne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), polegające na utworzeniu by-passu (obwodnicy, pomostu) z wykorzystaniem: żyły odpiszczelowej pobranej z podudzia, tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej (LIMA) lub prawej (RIMA), tętnicy promieniowej pobranej z przedramienia lub sztucznego naczynia, w celu przywrócenia właściwego przepływu krwi z aorty do zwężonych lub zamkniętych tętnic wieńcowych, wykonywane w znieczuleniu ogólnym, z wykorzystaniem lub bez wykorzystania krążenia pozaustrojowego. Każdy zabieg wymaga poprzedzenia badaniem koronarograficznym oraz kwalifikacją lekarza kardiologa i kardiochirurga. Za metody kardiochirurgiczne uznaje się: CABG (coronary artery bypass grafting) – pomostowanie tętnic wieńcowych z użyciem krążenia pozaustrojowego; OPCAB (off-pumping coronary artery bypass) – pomostowanie tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego; MIDCAB (minimally invasive direct coronary artery bypass) – małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych; PACAB (port access coronary artery bypass) – chirurgia naczyń wieńcowych poprzez ograniczony dostęp; TECAB (totally endoscopic coronary artery bypass) – roboty kardiochirurgiczne; MIDCAB+PCI – hybrydowe leczenie choroby wieńcowej. Pojęcie nie obejmuje przeszłokrojnej angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonanej bez jednoczesnego zastosowania MIDCAB lub innej wymienionej powyżej.
- 20) **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – zachorowanie w okresie ubezpieczenia na jednostkę chorobową objętą zakresem ryzyka, pod warunkiem że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon osoby, której dotyczy zachorowanie.
- 21) **POZOSTAWIANIE POD WPLYWEM ALKOHOLU** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm³.
- 22) **RODZIC** – niepozbowany władzy rodzicielskiej rodzic Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego lub osoba, która przysposobiła Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego.
- 23) **SPORTY EKSTREMALNE** – sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, snowkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freerull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – jazda na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- 24) **SUMA UBEZPIECZENIA** – potwierdzona w umowie ubezpieczenia kwota pieniężna, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń pieniężnych wypłacanych przez Towarzystwo.

- 25) SZPITAL – działający w kraju lub za granicą 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, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym.
- 26) ŚPIĄCZKA – stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. Pojęcie śpiączka nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających bądź nadużyciem leków.
- 27) TRANSPLANTACJA JEDNEGO Z GŁÓWNYCH NARZĄDÓW – zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli osoba, której dotyczy zdarzenie jest biorcą, potwierdzony dokumentacją medyczną uzasadniającą jego dokonanie.
- 28) TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU – zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję.
- 29) WADA WRODZONA – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99).
- 30) UBEZPIECZAJĄCY – strona umowy ubezpieczenia, zobowiązana do opłacania składki ubezpieczeniowej.
- 31) UBEZPIECZONY – pełnoletnia osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową i która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończyła 64 roku życia. W rozumieniu OWU Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
- 32) UDAR MÓZGU – nagły incydent mózgowo-naczyniowy, powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiennych oraz wylewów podpajęczynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu.
- 33) URODZENIE SIĘ DZIECKA – urodzenie się biologicznego dziecka Ubezpieczonego żywego lub martwego, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, a w przypadku urodzenia się martwego dziecka – aktem urodzenia z adnotacją „dziecko martwo urodzone”. Przez urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie dziecka w okresie ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.
- 34) WYPADEK LĄDOWY – szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. Pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie poruszała się jako pieszy i została uderzona przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczała się lub chciała przemieścić się osoba, której dotyczy zdarzenie.
- 35) WYPADEK LOTNICZY – szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. Pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie poruszała się jako pieszy i została uderzona przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczała się lub chciała przemieścić się osoba, której dotyczy zdarzenie.
- 36) WYPADEK WODNY – szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. Pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie poruszała się jako pieszy i została uderzona przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczała się lub chciała przemieścić się osoba, której dotyczy zdarzenie.
- 37) ZAWAŁ SERCA – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamienym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego.
- 38) ZGON CHOROBOWY – zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

1. Zakres ochrony i wysokość świadczeń w umowie ubezpieczenia są zgodne z warunkami Pakietu SUPER GRUPA, w ramach którego umowa ubezpieczenia została zawarta.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia lub świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia w inny sposób, w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) zgon Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej),
 - 2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego,
 - 4) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego,
 - 5) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego,
 - 6) zgon chorobowy Ubezpieczonego,
 - 7) zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci),
 - 8) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż za 100% uszczerbku na zdrowiu),
 - 9) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 10) pobyt w szpitalu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek (świadczenie płatne za każdy dzień pobytu w szpitalu trwającego 2 lub więcej dni),
 - 11) pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne za każdy dzień pobytu w szpitalu trwającego 1 lub więcej dni),
 - 12) urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu,
 - 13) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu,
 - 14) zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego,
 - 15) zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 16) zgon dziecka Ubezpieczonego,
 - 17) zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 18) zgon rodziców Ubezpieczonego,
 - 19) zgon rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego.
3. Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu:
 - 1) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek (ust. 2 pkt 10)) – wynosi 180 dni,
 - 2) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (ust. 2 pkt 11)) – wynosi 180 dni.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku (bez względu na zaistniały przypadek nieszczęśliwego wypadku) zaistniałego przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
 5. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące przedpłatę na poczet świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 300.000 PLN. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej.
 6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej.
 7. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie poważnego zachorowania Ubezpieczonego obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - 1) nowotwór złośliwy,
 - 2) zawał serca,
 - 3) udar mózgu,
 - 4) niewydolność nerek,
 - 5) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),
 - 6) transplantacja jednego z głównych narządów,
 - 7) ciężkie oparzenie,
 - 8) śpiączka,
 - 9) choroba Creutzfeldta-Jakoba.
 8. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia, objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez Towarzystwo.

PAKIET SUPER GRUPA § 3.

1. Warunki pakietu SUPER GRUPA są określone za zgodą Towarzystwa, jeżeli woli zawarcia umów ubezpieczenia na warunkach pakietu SUPER GRUPA wyrazi grupa licząca co najmniej 3 Ubezpieczających – inicjatywna grupa Ubezpieczających.
2. Warunki pakietu SUPER GRUPA określone są we wniosku o otwarcie pakietu SUPER GRUPA. Zakres ochrony ubezpieczeniowej pakietu SUPER GRUPA może zostać rozszerzony o Umowę Dodatkową do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.
3. Wniosek o otwarcie pakietu SUPER GRUPA określa dla umów ubezpieczenia zawartych w ramach tego pakietu:
 - 1) sumę ubezpieczenia,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość świadczeń,
 - 3) wysokość składki ubezpieczeniowej.
4. Do wniosku o otwarcie pakietu SUPER GRUPA winny być dołączone wnioski o zawarcie umów ubezpieczenia na warunkach określonych w pakiecie SUPER GRUPA podpisane przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną.

UMOWA UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy ubezpieczenia § 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach pakietu SUPER GRUPA, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach danego pakietu SUPER GRUPA jest dokumentem potwierdzającym wolę zawarcia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na określonych warunkach (w tym określającym sumę ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia zgodne z danym pakietem SUPER GRUPA), zawierającym podstawowe informacje o aktualnym stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wskazującym beneficjenta. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia jest podpisywany lub potwierdzany w inny dopuszczony przez Towarzystwo sposób, osobiście przez Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego beneficjenta i określić procentowy udział beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że udziały są równe.
4. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać beneficjenta, wyznaczyć dalszych beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych beneficjentów w kwocie świadczenia.
5. Akceptacja przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku w wyznaczonym terminie.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa § 5.

1. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy ubezpieczeniowej.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie ubezpieczeniowej.

czas trwania umowy ubezpieczenia
§ 6.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy polisowych.
- Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile:
 - Ubezpieczony w dniu następującym po upływie 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia będzie miał nie ukończony 67 rok życia oraz
 - w terminie nie później niż 90 dni przed upływem każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia.
- W terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
- W przypadku, gdy Ubezpieczony nie spełnia warunku do przedłużenia umowy ubezpieczenia, wskazanego w ust. 2 pkt 1) Towarzystwo na warunkach szczególnych i w terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, w tym na okres ubezpieczenia krótszy niż 36 miesięcy polisowych.
- Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 lub propozycji przedłużenia w sytuacji, o której mowa w ust. 4 skutkuje nieprzedłużeniem umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
- Nieprzedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny okres skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem bieżącego okresu ubezpieczenia.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia
§ 7.

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- O odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
- Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku wpłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia
§ 8.

- Umowę ubezpieczenia Ubezpieczający może wypowiedzieć na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania.
- Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1, jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym doręczone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku wpłacania składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- Zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

SUMA UBEZPIECZENIA
§ 9.

- Suma ubezpieczenia ustalana jest dla inicjatywnej grupy Ubezpieczających przy określaniu warunków ubezpieczenia dla danego pakietu SUPER GRUPA.
- Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich umów ubezpieczenia zawartych w ramach danego pakietu SUPER GRUPA.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI
§ 10.

- Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach pakietu SUPER GRUPA jest ustalana według następujących kryteriów:
 - wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk.
- Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
- Składka ubezpieczeniowa winna być opłacana na rachunek bankowy wskazany na polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:
 - do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia - w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - do ostatniego dnia miesiąca polisowego, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w kolejnym miesiącu polisowym - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
- Za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej przyjmuje się datę jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
- W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
- Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8, uważa się to za wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 6.
- W przypadku opłacenia zaległej składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.
- Wypłata świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania składki ubezpieczeniowej w dotychczasowej wysokości.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 11.

- Z zastrzeżeniem postanowień § 12, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie ubezpieczeniowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa:
 - z upływem 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
 - z upływem terminu związanego z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia,
 - z dniem skuteczności odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 9,
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 12.

- W okresie ograniczonej odpowiedzialności (okresie karencji), Towarzystwo wypłaca świadczenia z tytułu:
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego,
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonemu,
 - zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1, po upływie **3 miesięcy polisowych** (okres karencji), licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - zgonu Ubezpieczonego,
 - choroby śmiertelnej,
 - zgonu dziecka Ubezpieczonego,
 - poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - pobytu w szpitalu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.
- Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, po upływie **6 miesięcy polisowych** (okres karencji), licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego,
 - zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka,
 - zgonu chorobowego Ubezpieczonego,
 - zgonu rodziców Ubezpieczonego,
 - zgonu rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego.
- Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz ust. 3, po upływie **9 miesięcy polisowych** (okres karencji), licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu urodzenia się żywego dziecka Ubezpieczonemu.
- Jeżeli Ubezpieczony przed dniem zawarcia z Towarzystwem umowy ubezpieczenia objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie (poprzedzająca umowa), do okresów karencji wskazanych w ust. 2-4, zalicza się okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną w zakresie danego ryzyka z tytułu poprzedzającej umowy na zasadach określonych w ust. 6.
- Jeżeli Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 5, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu poprzedzającej umowy przez okres:
 - co najmniej równy okresowi karencji dla danego ryzyka, to z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie karencji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w poprzedzającej umowie (karencja na różnicę świadczeń),
 - krótszy niż okres karencji dla danego ryzyka, to:
 - w okresie liczonym od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia i będącym różnicą okresu karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu poprzedzającej umowy, stosuje się ograniczenie odpowiedzialności w postaci karencji na zasadach ogólnych, co oznacza że Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe, które wystąpi w tym okresie,
 - po upływie okresu określonego w lit. a) powyżej, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu karencji dla danego ryzyka, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w poprzedzającej umowie (karencja na różnicę świadczeń).
- Postanowienia ust. 5-6, mają zastosowanie pod warunkiem, że:
 - ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu poprzedzającej umowy wygaśnie w miesiącu poprzedzającym okres ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem lub w pierwszym miesiącu polisowym okresu ubezpieczenia,
 - uprawniony do otrzymania świadczenia udokumentuje objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu poprzedzającej umowy, zakres tej ochrony ubezpieczeniowej oraz fakt jej wygaśnięcia, chyba że powyższe warunki zostaną spełnione przez Ubezpieczającego przy zawarciu umowy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 13.

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia **zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową**, będących wynikiem:
 - popelnienia lub usiłowania popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
 - działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego **powodującego osierocenie dziecka** jest wyłączona w przypadku, gdy te zdarzenia ubezpieczeniowe były wynikiem:

- 1) popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 2) sytuacji, o której mowa w ust. 3 pkt 1), 2) oraz pkt 5).
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku **nieszczęśliwego wypadku, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (bez względu na przyczynę)** jest wyłączona w przypadku, gdy te zdarzenia ubezpieczeniowe były wynikiem:
 - 1) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie pozostawiania pod wpływem alkoholu lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanymi dalej łącznie „środkami odurzającymi”), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
 - a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
 - b) nie wykonano badań z innych powodów,
 a w dokumentacji powypadkowej znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę.
 - 2) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba, że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na zajście zdarzenia.
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 4) uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,
 - e) speleologii,
 - f) skoków do wody,
 - g) sportów ekstremalnych,
 - 5) choroby lub zatrucia spowodowanymi zarówno długotrwałym, jak i jednorazowym spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę,
 - 7) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności – w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem (wszystkie przypadki nieszczęśliwych wypadków).
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku **nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** jest wyłączona w przypadku, gdy dane zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) działań wykonywanych w związku z pełnieniem służby wojskowej,
 - 2) działań w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy Kodeks karny, pod wpływem środków odurzających, bądź leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** jest wyłączona w przypadku, gdy do zdarzenia doszło z przyczyny wskazanej w ust. 3 pkt 1) lub 2).
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** jest wyłączona w przypadku:
 - 1) wystąpienia u Ubezpieczonego chorób infekcyjnych i zawodowych,
 - 2) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 3) nawykowego zwłknięcia.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (bez względu na przyczynę)** jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 2) leczenia chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - 3) wystąpienia padaczki i leczenia jej następstw, w przypadku zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) leczenia chorób psychicznych,
 - 5) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 6) pobytu obserwacyjnego, o ile nie był on spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 7) pobytu diagnostycznego,
 - 8) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - 9) leczenia następstw skażenia chemicznego niezwiązanego bezpośrednio ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową,
 - 10) ciąży, porodu lub usuwania ciąży (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami poporodowymi),
 - 11) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia lub wykonania zabiegu rekonstrukcji w wyniku leczenia onkologicznego),
 - 12) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 13) pobytu w szpitalu, związanego z leczeniem następstw zdarzeń powstałych wyniku działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe służby wojskowej,
 - 14) pobytu rehabilitacyjnego, prowadzenia jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - 15) pobytu sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
 - 16) leczenia następstw zdarzeń powstałych na skutek działania osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe znajdującej się w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy Kodeks karny,
- 7) leczenia uzależnień oraz chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych,
- 18) świadczeń zdrowotnych: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, opieki długoterminowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie nowotworu złośliwego** jest wyłączona w przypadku nowotworów:
 - a) nowotworu łagodnego,
 - b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis), np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
 - c) skóry, za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka),
 - d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
 - e) przewlekłej białaczki limfaticznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
 - f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
 - g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 14.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2 i 3, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, w przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest beneficjent.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zdecydował inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka jest dziecko (dzieci) Ubezpieczonego.
4. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
5. W przypadku braku wskazania beneficjenta albo gdy beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługujące osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 15.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone do Towarzystwa:
 - 1) poprzez stronę internetową www.viennialife.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia, drogą elektroniczną w ramach portalu www.viennialife.pl, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.viennialife.pl, albo
 - 2) składając w Towarzystwie prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa (www.viennialife.pl) i w jego placówkach, a dodatkowo informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 3 są:
 - 1) kopia dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli osobą zgłaszającą roszczenie nie jest Ubezpieczony,
 - 2) wypis z dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony jest osobą zgłaszającą roszczenie,
 - 3) w przypadku zdarzeń dotyczących partnera Ubezpieczonego - dokumenty potwierdzające związek partnerski z Ubezpieczonym zgodnie z definicją partnera: zaświadczenie z USC o stanie cywilnym, dokumenty potwierdzające prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego,
 - 4) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 5) dokument potwierdzający przyczynę zgonu: karta zgonu, wynik sekcji zwłok jeśli była wykonana oraz karta informacyjna leczenia szpitalnego jeśli zgon nastąpił w szpitalu,
 - 6) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony, dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub w postępowaniu sądowym, o ile tego typu postępowania były prowadzone,
 - 7) dokumenty potwierdzające wystąpienie zgonu chorobowego (dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu skutkującego zgonem, wynik sekcji zwłok jeśli była wykonana),
 - 8) dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy oraz z przebiegu i zakończenia leczenia (historia leczenia) - w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 9) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia,
 - 10) karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis),
 - 11) akt urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia, prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,
 - 12) akt urodzenia dziecka z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe,
 - 13) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby

- nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępianie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania choroby śmiertelnej ustalone przez specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej, jednego lekarza specjalisty lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie; Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.
 6. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów, uzasadniających wypłatę świadczenia.
 7. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza.
 8. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalany jest po przedstawieniu dokumentacji medycznej potwierdzającej zakończenie leczenia. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
 9. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowi załącznik do OWU.
 10. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy procentem trwałego uszczerbku zaistniałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a procentem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
 11. Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
 12. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa 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.
 13. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 11, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 14. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 15. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
 16. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.
 17. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia z umowy ubezpieczenia nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
 18. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE I SKARGI § 16.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,
 - 3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,
 - 4) w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@viennialife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedzi na reklamację są udzielane w postaci papierowej lub:
 - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, uprawnionych z umowy ubezpieczenia oraz spadkobierców posiadających interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej będącego osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej – na trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy o prawach konsumenta.
6. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo:
 - 1) złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację; niewykonania czynności wynikających z reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
 - 2) Poddania sporu z Towarzystwem do rozpatrzenia w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rff.gov.pl>).
 - 3) wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 4) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Podmiotem, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że za skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wola skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.
10. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwi dochodzenie roszczeń, wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to kontakt@viennialife.pl.

§ 17.

DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

Towarzystwo nie świadczy ochrony ani nie wypłaca świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
4. Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Zarządu Towarzystwa do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. W sprawach nieregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt. 4) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego wszelkie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
10. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
11. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa www.viennialife.pl.
12. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 r.
13. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działająca pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

Rodzaj uszkodzeń ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy	
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych - wymagające szycia):	
a) uszkodzenia powłok czaszki bliżny do 5 cm dł.	1%
b) uszkodzenia powłok czaszki bliżny powyżej 5 cm dł. - 10 cm dł.	2%
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn - w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm dł.	5%
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy	8%
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni - powyżej 10 cm średnicy	10-20%
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgniębienia, szczeliny, fragmentacja)	
1-7%	
3. Ubytek w kościach czaszki:	
a) o średnicy do 2,5 cm	2%
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm	5%
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm	8%
d) o średnicy powyżej 10 cm	9-15%
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	
1-10%	
5. Porażenia i niedowłady połowicze:	
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100%
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60%
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35%
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
kończyna górna - wg skali Lovett'a	Prawa Lewa
0°	40% 30%
1 - 2°	30-35% 20-25%
3 - 4°	5-20% 5-15%
kończyna dolna - wg skali Lovett'a	
0°	40%
1 - 2°	30%
3 - 4°	5-15%
6. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100%
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70%
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20%
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60%
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40%
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10%
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami - 3 napady w tygodniu i więcej	30-40%
b) padaczka z napadami - powyżej 2 na miesiąc	20-30%
c) padaczka z napadami - 2 i mniej na miesiąc	10-20%
d) padaczka z napadami o różnej morfologii - bez utrat przytomności	1-10%
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9 poniżej.	

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) ołepienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym - uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100%
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60%
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25%
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).	
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:	
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych - przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1%
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość - objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5%
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agrafią i aleksją	70%
b) afazja całkowita motoryczna	35-50%
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30%
d) afazja nieznaczniejszego stopnia	1-10%
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15%
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego	2-10%
b) nerwu błoczkowego	2%
c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia	2-5%
14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49 poniżej.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) jednostronne	5%
b) obustronne	15%
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	
1-9%	
B. Uszkodzenia twarzy	
20. Uszkodzenia powłok twarzy - wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpeczenia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%
b) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%
c) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%
d) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji - przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10%

e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania - niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stalego:	
a) siekacza lub kła - za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw zekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8-10%
b) całkowita	30%
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%
26. Ubytek języka:	
a) bez zaburzeń mowy i polykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%
C. Uszkodzenia narządu wzroku	
27.	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwałe uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:	
Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10) 0,9 (9/10) 0,8 (8/10) 0,7 (7/10) 0,6 (6/10) 0,5 (5/10) 0,4 (4/10) 0,3 (3/10) 0,2 (2/10) 0,1 (1/10) 0
1,0 (10/10)	0% 2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35%
0,9 (9/10)	2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40%
0,8 (8/10)	5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
0,7 (7/10)	7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50%
0,6 (6/10)	10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55%
0,5 (5/10)	12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60%
0,4 (4/10)	15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65%
0,3 (3/10)	20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70%
0,2 (2/10)	25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80%
0,1 (1/10)	30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90%
0	35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90% 100%
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8%
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40%
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15%
b) obojga oczu	30%
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyńki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	
wg tabeli z poz. 27a	
32. Koncentryczne zwięźnienie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:	

Zwięźnienie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka	
60°	0%	0%	35%	
50°	5%	15%	45%	
40°	10%	25%	55%	
30°	15%	50%	70%	
20°	20%	80%	85%	
10°	25%	90%	95%	
poniżej 10°	35%	95%	100%	
33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe			20-50%	
b) dwunosowe			10-20%	
c) jednoimiennie			20%	
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku			20%	
b) w obu oczach			35%	
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepodających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
a) w jednym oku			wg tabeli z poz. 27a	
b) w obu oczach			wg tabeli z poz. 27a	
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku			1-8%	
b) w obu oczach			5-12%	
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z poz. 27a	
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.				
38. Jaskra - ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z poz. 27a i 32	
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia:				
a) jednostronny			30%	
b) obustronny			60%	
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej			wg tabeli z poz. 27a	
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a) zmiany niewielkie			2%	
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27a	
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Powyżej 70 dB
Ucho lewe	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
Powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) rany małżowiny usznej - wymagające szycia			1%	
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)			2-5%	
c) utrata jednej małżowiny			15%	
44. Zwięźnienie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):				
a) jednostronne			1-5%	
b) obustronne			6-10%	
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):				
a) jednostronne			5-10%	
b) obustronne			11-20%	
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)			wg tabeli z poz. 42	
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				

a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40%
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50%
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30%
b) dwustronne	20-60%
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5%
b) znaczne upośledzenie połykania lub artykulacji	6-15%
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	5-20%
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia	15-40%
b) z bezgłosem	50%
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10%
b) z niewydolnością oddechową - potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11-50%
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5-20%
b) odżywianie tylko płynami	21-40%
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45%
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm ²) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego - oceniać według punktu 88 poniżej.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1%
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5%
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9%
b) całkowita	10-20%
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber - zniekształcenie znacznego stopnia	2-5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10%
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3-5%
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone - zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4%
b) z niewydolnością oddechową - w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30%
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	20-40%

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5%
b) z objawami niewydolności układu krążenia - I stopień wg NYHA	10%
c) z objawami niewydolności układu krążenia - II stopień wg NYHA	20%
d) z objawami niewydolności układu krążenia - III stopień wg NYHA	21-30%
e) z objawami niewydolności układu krążenia - IV stopień wg NYHA	31-60%
64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji - po leczeniu operacyjnym	4%
b) zaburzenia średniego stopnia	8%
c) zaburzenia dużego stopnia - z niewydolnością oddechową	15%
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu - nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie pozajelitowe	20%
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40%
b) jelita grubego	30%
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	3-10%
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie leczone operacyjnie - niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4%
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15%
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50%
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10%
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15%
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych - utrata pęcherzyka żółciowego	5%
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8%
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15%
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20%
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu - leczone operacyjnie)	5%
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15%
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20%
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30%

76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a) bez zaburzeń funkcji - leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji - potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji - leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji - potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	
	10-40%
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) - potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10%
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20%
80. Utrata prącia	
	40%
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	
	3-15%
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10%
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20%
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5%
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10%
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35%
b) w wieku powyżej 45 lat	20%
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5%
b) pochwy i macicy	15%
I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3%
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10%
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15%
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2%
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowna powyżej 15°)	3-5%
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia operacyjne)	11-20%
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:	
a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2%
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5%
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia operacyjne)	6-10%
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:	
a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2%
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5%
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia operacyjne)	11-20%
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	

a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2%	
b) złamania mnogie wyrostków	3-5%	
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:		
	5%	
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100%	
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającą poruszanie się za pomocą dwóch łasek	50-70%	
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającą poruszanie się o jednej lasce	20-40%	
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	80%	
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	40-60%	
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	10-20%	
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30%	
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5%	
K. Uszkodzenia miednicy		
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a) leczone zachowawczo	3-5%	
b) leczone operacyjnie	6-10%	
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5%	
b) w odcinku przednim obustronnie	8%	
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaing'e'a) bez przemieszczenia	10%	
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaing'e'a) z przemieszczeniem - leczone operacyjnie	15%	
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):		
a) I stopnia	4-6%	
b) II stopnia	7-10%	
c) III stopnia	11-15%	
d) IV stopnia	16-30%	
97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obręczy kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):		
a) jednomiejscowe	3%	
b) wielomiejscowe	5%	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).		
	Prawa	Lewa
98. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2%	1%
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramienno-łopatkowym	15%	12%
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości	3%	2%
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%	6%	4%
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	9%	7%
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
	10%	8%

101. Zwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:		
a) uszkodzenia I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2%	1%
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8%	6%
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	4%	3%
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
103. Uszkodzenia stawu barkowego - uszkodzenie mięśni rotatorów, zwinięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2%	1%
b) zwinięcia wymagające repozycji przez lekarza	3%	2%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	10%	8%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	20%	15%
104. Zastarzałe nieodprowadzone zwinięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	5-25%	5-20%
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji	20%	15%
Uwaga: Staw wiótki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.		
106. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	18%	15%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25%	20%
107. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	5%	5%
108. Utrata kończyny w barku	70%	65%
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75%	70%
110. Złamanie trzonu kości ramiennej - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15%	12%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5%	+5%
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%	
b) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%	
c) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / bez ograniczenia ruchomości)	2-3%	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5%	
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.		
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%
ŁOKIEĆ		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego - złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2%	1%
b) zwinięcia wymagające repozycji przez lekarza	4%	3%

c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	8%	6%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15%	12%
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15%	12%
b) z barkiem ruchów obrotowych	17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25%	22%
115. Wiszący staw łokciowy - w zależności od stopnia wiótkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5%	+5%
118. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2%	1%
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3%	2%
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6%	5%
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe, neurologiczne itp.)	8-16%	6-12%
119. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 117-118, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
120. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
NADGARSTEK		
121. Złamanie kości nadgarstka w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
a) wygojone bez przemieszczenia z deficytem ruchomości do 30% zakresu	3%	2%
b) wygojone z przemieszczeniem z deficytem ruchomości powyżej 30% zakresu	5%	4%
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55%	50%
123. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15%	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
	5%	
ŚRÓDRĘCZE		
125. Złamania kości śródreżca:		
a) I lub II kości śródreżca (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia	2%	
- z przemieszczeniem	3%	
b) III, IV i V kości śródreżca (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia	1%	
- z przemieszczeniem	2%	
126. Uszkodzenie tkanek miękkich śródreżca (rany wymagające szycia powyżej 3 cm, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)	1%	

b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
KCIUK		
127. Utraty w obrębie kciuka:	Prawa	Lewa
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8%	7%
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego - poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	12%	10%
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	17%	15%
128. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4%	3%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	7%
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10%	12%
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
PALEC WSKAZUJĄCY		
129. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6%	5%
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8%	7%
e) utrata trzech paliczków	12%	10%
f) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%	15%
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3%	2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5%	4%
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8%	7%
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
131. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) utrata części paliczka		1%
b) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek		2%
c) palca piątego - za każdy paliczek		1,5%
132. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca		+4%
133. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%		1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%		2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%		3%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%		4%
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
STAW BIODROWY		
134. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej		60-70%
135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp. - oceniać wg punktu 140 poniżej		
136. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		10-30%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		31-40%
137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przekrętarskich i podkłętarzowych, złamań krętarzy itp.) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
138. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5%
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
UDO	
139. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15%
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.	
144. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70%
KOLANO	
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw - w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm, ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
d) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek - w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscetomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni >2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%

e) zwicnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwicnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprustu do 120° dla zgjęcia.	
147. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm, ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10%
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15%
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	
+5%	
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	
2%	
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa - zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3%
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) - leczone operacyjnie	5%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwicnięcia, ran wymagających szycia - pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy - w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1%
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgjęcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3%
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10%
153. Złamania i zwicnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3%
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5%
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10%
154. Zesztywnienie stawu skokowego - w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10%
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15%
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3%
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8%
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi - wymagającego zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12%

156. Utrata kości piętowej lub kostkowej - w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:		
a) częściowa - powyżej 30%	10%	
b) całkowita	20%	
157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5%	
158. Złamania kości śródstopia:		
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2%	
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
5%		
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające - w zależności od stopnia upośledzenia czynności:		
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
161. Utrata stopy w całości		
45%		
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		
35%		
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka		
25%		
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta		
10-15%		
PALCE STOPY		
165. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3%	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia		
8-15%		
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części - ½ długości	1%	
b) w całości	2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia		
3-10%		
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec		
3-5%		
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - za każdy palec		
0,5%		
N. Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
	Prawa	Lewa
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) spletu barkowego części nadobojczykowej (górnjej)	10-20%	10-15%
ł) spletu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25%	10-20%
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5%	
n) nerwu zasłonowego	2-8%	
o) nerwu udowego	2-15%	

p) nerwów pośladowych (górnego i dolnego)	2-8%
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%
u) nerwu strzałkowego	2-10%
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40%
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-5%

Uwaga: Według pozycji 172 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).

173. Zawaly mięśnia serca pełnościennie:

a) ściana przednia	10%
b) ściana dolna	10%
c) ściana boczna	10%
d) ściana tylna	10%
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15%
f) koniuszek serca	5%
g) zawal podwsierdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%

174. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:

a) niedowład jednej kończyny	3,5%
b) paraliż jednej kończyny	5%
c) niedowład dwóch kończyn	8,5%
d) paraliż dwóch kończyn	12%
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16%
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczący twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie połowiczne	5%
j) niedowidzenie obustronne	10%
k) nietrzymanie moczu	5%
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10%
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5%
m) wzgórzowy zespół bólowy	7,5%
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5%
o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5%
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5%
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5%
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5%
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisania)	2,5%

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ
DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA
BRP-0424**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 3, § 11
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4, § 3 ust. 9 pkt 2) - 4), ust. 10 pkt 2), ust. 11 pkt 2), ust. 12 pkt 2), ust. 13 pkt 2), ust. 14 pkt 2), ust. 15 pkt 2), ust. 16 pkt 2), ust. 17 pkt 2), ust. 18 pkt 2), ust. 19 pkt 2), ust. 22 pkt 3), ust. 23 pkt 2) - 3), ust. 24 pkt 2), ust. 27 pkt 4), 7), ust. 28 pkt 4), 7), ust. 32 pkt 3), ust. 33 pkt 3), ust. 34 pkt 2), ust. 36 pkt 2), ust. 47 pkt 2), ust. 48 pkt 2), ust. 49 pkt 2), ust. 50 pkt 2), ust. 51 pkt 2), ust. 52 pkt 2), ust. 55 pkt 3), § 8, § 9

SUPER GRUPA

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-0424 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej w ramach Pakietu SUPER GRUPA obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

- Użyte w OWDU pojęcia oznaczają:

- ABLACJA** – metoda leczenia zaburzeń rytmu pracy serca, polegająca na przeskórnym wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu, za pomocą energii (prąd, kriopielikacje, ultradźwięki, laser). Dla uznania ablacji za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia zaburzeń rytmu pracy serca i wskazania do wykonania ablacji,
 - potwierdzenie wykonania zabiegu ablacji.
- ASYSTA PRAWNA** – pomoc administracyjno-prawna w procedurze uzyskania zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):
 - na pokrycie kosztów lekarstw w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,
 - na leczenie planowane poza granicami kraju/zwrot kosztów leczenia za granicą,
 o ile użycie powyższych procedur zostało uzasadnione w Ekspertyzie Opinie Medycznej.
- CHEMIOTERAPIA** – metoda ogólnoustrojowego leczenia nowotworu złośliwego za pomocą leków cytotatycznych. W rozumieniu niniejszej definicji za chemioterapię uważa się pierwsze zlecone przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe chemioterapii, w celu: wyleczenia; wydłużenia przeżycia lub jako leczenie paliatywne (łagodzące objawy nowotworu złośliwego). Dla uznania chemioterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego lub leczenia nowotworu złośliwego, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego.
- CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY** – niezdolność określona przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4), będąca wynikiem wypadku przy pracy zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
- DIALIZOTERAPIA** – zewnątrzustrojowe leczenie nerkozastępcze, stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności nerek, uwarunkowane wystąpieniem objawów klinicznych zespołu mocznicowego (zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenie metaboliczne, mocznicowa skaza krwotoczna, niewydolność krążenia, zapalenie osierdzia, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze), wykonane przy użyciu dializatora. Dla uznania dializoterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia niewydolności nerek, w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - zasadności zastosowania dializoterapii przez nefrologa.
- DOLEGLIWOŚĆ ZDROWOTNA** – choroba Ubezpieczonego (rozumiana jako stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt) lub uraz (rozumiany jako uszkodzenie tkanek ciała lub narządów wskutek działania czynnika zewnętrznego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba) doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli, wyłącznie w zakresie:
 - onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
 - kardiologii i kardiologii – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyń, choroby
 - neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z urazu,
 - ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, choroba Pageta Kości, bóle i urazy barku.
 których pierwsza diagnoza postawiona została przez lekarza w Polsce (zgodnie z definicją pkt 15) lub wystąpienie pierwszych objawów udokumentowanych badaniami lekarskimi miało miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu umowy Dodatkowej.
- DZIECKO** – dziecko biologiczne, przysposobione lub pasierb.
- DZIEŃ POBYTU W SZPITALU** – każdy pełny dzień pobytu w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala, przy czym dzień

- przyjęcia do szpitala uznaje za pełny jeżeli trwał on nieprzerwanie co najmniej 12 godzin. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu następujący po dniu przyjęcia do szpitala, w tym dzień wypisu ze szpitala uważa się za pełny dzień pobytu w szpitalu.
- E-KONSULTACJA** – świadczenie przysługujące Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego: pogorszenie stanu zdrowia u Ubezpieczonego i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance w formie dostępu do konsultacji z lekarzami o wskazanej specjalizacji udzielanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w formie:
 - czatu internetowego,
 - telekonferencji – przekazu audio,
 - wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.
 - EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA (EOM)** – ocena dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z instytucji medycznej (zgodnie z definicją pkt. 11), wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym tę opinię.
 - INSTYTUCJA MEDYCZNA** – wykwalifikowany podmiot leczniczy, udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby w państwie członkowskim Unii Europejskiej, z wyłączeniem Polski, bądź innym państwie zapewniającym odpowiednią jakość świadczeń opieki zdrowotnej, zasadniczo odpowiadającą jakości zapewnianej w Unii Europejskiej, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.
 - LECZENIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO** – zastosowanie po raz pierwszy w danym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej wobec Ubezpieczonego którejkolwiek z metod leczenia nowotworu złośliwego:
 - chemioterapia,
 - radioterapia,
 - operacja onkologiczna.
 - LECZENIE POSZPITALNE** – dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego niezbędnych leków.
 - LECZENIE SPECJALISTYCZNE** – następujące rodzaje leczenia, których przyczyna wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - chemioterapia,
 - radioterapia,
 - wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,
 - wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora),
 - abłacja,
 - dializoterapia,
 - terapia interferonowa.
 - LEKARZ W POLSCE** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Polski zdiagnozował dolegliwość zdrowotną.
 - LEKKIE OBRAŻENIE CIAŁA** – następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwały uszczerbek na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej).
 - NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia osoby której dotyczy. Za nieszczeniwy wypadek nie uważa się:
 - wypadków zaistniałych przed początkiem odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej oraz chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną,
 - przeciążenia, nadwyrężenia organizmu będących wynikiem nagłego lub jednostajnego ruchu, wysiłku fizycznego lub dźwignięcia bez działania na organizm przyczyny zewnętrznej i skutkujących urazem albo ujawnieniem, w tym nagłym, zmian o charakterze chorobowym.
 - NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania, badaniem histopatologicznym.
 - ODDZIAŁ INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie oraz stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych oraz w ramach którego możliwe jest podjęcie czynności zastępczych niewydolnych organów lub układów. W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:
 - oddział intensywnej terapii,
 - oddział intensywnego nadzoru medycznego,
 - salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitala, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem

- państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.
- 20) **OPERACJA CHIRURGICZNA** – zabieg chirurgiczny wykonany w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, wykonany w szpitalu przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
- operacja chirurgiczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą laparoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności określone w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w wykazie operacji chirurgicznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub laparoskopową.
- 21) **OPERACJA ONKOLOGICZNA** – metoda leczenia nowotworu złośliwego oraz łagodzenia bólu związanego z rozsiałym procesem nowotworowym z wykorzystaniem zabiegu operacyjnego. W rozumieniu niniejszej definicji za operację onkologiczną uważa się pierwsze zlecenie przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu danego Ubezpieczonego jednej z następujących form operacji: operacja radykalna (zabieg mający na celu całkowite wyleczenie choroby, najczęściej polegający na szerokim wycięciu narządów, bądź dużej części pojedynczego narządu); operacja paliatywna (mająca na celu łagodzenie dolegliwości bólowych i poprawę stanu chorego, nie usuwająca właściwej przyczyny dolegliwości). Pojęcie operacji onkologicznej w zakresie leczenia nowotworu złośliwego nie obejmuje operacji zwiadowczych.
- 22) **OSIEROCENIE DZIECKA** – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
- przed ukończeniem przez dziecko 20 roku życia,
 - przed ukończeniem przez dziecko 25 roku życia – jeżeli kontynuuje naukę w szkole działającej na podstawie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym,
 - bez względu na wiek dziecka – jeżeli dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 23) **PAKIET URAZOWY** – pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobyt w szpitalu trwającym co najmniej 3 dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie, przy czym za:
- wstrząśnienie mózgu – rozumie się pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą,
 - złamanie – rozumie się urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej. Przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona,
 - zwichnięcie stawu – rozumie się urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym,
 - oparzenie – rozumie się uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego,
 - odmrożenie – rozumie się uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących, na skutek działania niskiej temperatury.
- 24) **PLATFORMA** – aplikacja Internetowa, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca osobie uprawnionej skorzystanie z E-konsultacji, kontakt z lekarzami i specjalistami medycznymi, którzy wykonują E-Konsultacje, a także transfer danych pomiędzy osobami uprawnionymi, a ww. lekarzami i specjalistami medycznymi przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
- 25) **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – zachorowanie w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej na jednostkę chorobową zdefiniowaną w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU i objętą zakresem danego ryzyka, pod warunkiem że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon osoby, której dotyczy zachorowanie.
- 26) **POZOSTAWIANIE POD WPŁYWEM ALKOHOLU** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm³.
- 27) **RADIOTERAPIA** – metoda leczenia nowotworu złośliwego oraz łagodzenia bólu związanego z rozsiałym procesem nowotworowym z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. W rozumieniu niniejszej definicji za radioterapię uważa się pierwsze zlecenie przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe jednej z następujących form radioterapii: radioterapia radykalna (mająca na celu napromieniowanie guza lub jego okolicy w celu jego zniszczenia); radioterapia paliatywna (mająca na celu łagodzenie bólu spowodowanego nowotworem złośliwym w przypadku, gdy wyleczenie pacjenta jest już niemożliwe); radioterapia objawowa (mająca na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych spowodowanych przerzutami). Dla uznania radioterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego lub leczenia nowotworu złośliwego, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego.
- 28) **REHABILITACJA** – konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie okresu pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego, zaś w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS po upływie 180 dni pobierania zasiłku chorobowego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w dalszym ciągu ten zasiłek chorobowy pobiera. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację w rozumieniu OWDU, wymagany będzie przedstawienie decyzji, wydanej przez odpowiedni podmiot o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub odpowiednio przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego oraz dokumentacji potwierdzającej bezpośredni związek przyczynowy rehabilitacji z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku.
- 29) **REKONWALESCENCJA** – trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję, w rozumieniu OWDU, pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym do prowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku.
- 30) **RODZĘNSTWO** – siostra biologiczna lub brat biologiczny Ubezpieczonego oraz siostra przysposobiona lub brat przysposobiony przez przynajmniej jednego rodzica Ubezpieczonego.
- 31) **SANATORIUM** – zakład lecznictwa, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska.
- 32) **SPORTY EKSTREMALNE** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, tyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- 33) **TERAPIA INTERFERONOWA** – metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferonu), hamującego syntezę wirusowego RNA. Dla uznania interferonoterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu specjalistycznego leczenia, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego.
- 34) **TRWAŁA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY** – powstała w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej całkowita utrata przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, która na podstawie dokumentacji medycznej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odyskanie przez osobę, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje trwałą całkowitą niezdolność do pracy, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, sumuje się. Towarzystwo uznaje również, że wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy w przypadku, gdy:
- na podstawie dokumentacji medycznej osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, lekarz wydający opinię medyczną dla Towarzystwa uzna, że osoba, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe jest niezdolna do samodzielnej egzystencji rozumianej jako takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych na okres dłuższy niż 5 lat, albo
 - w stosunku do osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, sumuje się.
- 35) **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU** – zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję.
- 36) **UDAR MÓZGU** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiniowych oraz wylewów podopajęczynkowych, spowodowanych pęknięciem tężniaka mózgu.
- 37) **UMOWA DODATKOWA** – umowa zawarta na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane.
- 38) **UMOWA PODSTAWOWA** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej OWU).
- 39) **URODZENIE SIĘ DZIECKA W WYNIKU CIĄŻY MNOGIEJ** – urodzenie się więcej niż jednego żywego dziecka biologicznego Ubezpieczonego w wyniku ciąży mnogiej, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego w tym samym czasie w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej więcej niż jednego dziecka, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

I UBEZPIECZONY

- 40) **URODZENIE SIĘ DZIECKA Z NISKĄ PUNKTACJĄ W SKALI APGAR** – urodzenie się żywego dziecka biologicznego Ubezpieczonego, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, z ostatnią punktacją wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 7 lub mniej punktów. Przez urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka, które przy urodzeniu otrzymało ostatnią punktację wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 7 lub mniej punktów, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.
- 41) **WADA WRODZONA** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na zaburzeniach lub zmianach chorobowych dotyczących narządów lub części ciała, nabyte przez urodzone dziecko w czasie życia wewnątrzmacicznego, określony w Tabeli wad wrodzonych stanowiącej Załącznik nr 4 do OWDU i dotyczącej ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka z wadą wrodzoną.
- 42) **WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA** – wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przeznaczyniowe wprowadzenie elektrody do prawej komory serca, w celu przerwania groźnych dla życia człowieka zaburzeń rytmu serca, w postaci częstoskurczu komorowego i/lub migotania komór, i przywrócenia rytmu zatokowego serca. Dla uznania wszczepienia kardiowertera/defibrylatora za spełniające niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej epizodu zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór lub częstoskurczu komorowego wywołującego zaburzenia hemodynamiczne,
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania.
- 43) **WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA)** – wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej, oraz przeznaczyniowe wprowadzenie elektrody do jamy serca, w celu zapobiegania wystąpienia zwolnienia rytmu serca, groźnego dla życia człowieka. Dla uznania wszczepienia rozrusznika serca za spełniające niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zbyt wolnej pracy serca (bradykardia, bloki przewodzenia, choroby węzła zatokowego, intensywne leczenie tachykardii),
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania.
- 44) **WYPADEK KOMUNIKACYJNY** – szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku spełniający określoną w OWU definicję wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego.
- 45) **WYPADEK KOMUNIKACYJNY PRZY PRACY** – zdarzenie spełniające łącznie definicję wypadku komunikacyjnego oraz wypadku przy pracy,
- 46) **WYPADEK PRZY PRACY** – nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i w związku z pracą wykonywaną na rzecz pracodawcy:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c), chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,
 - e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
 - f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.
- Za wypadek przy pracy uważa się również nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, który nastąpił w związku z wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.
- 47) **ZAWAŁ SERCA** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamionym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega na wypłacie lub realizacji świadczenia w inny określony w OWDU sposób względem osoby uprawnionej do świadczenia, w przypadku zajścia w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej („okres ubezpieczenia”) co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej może obejmować ryzyka, o których mowa w § 3.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku (bez względu na zaistniały przypadek nieszczęśliwego wypadku) zaistniałego przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej.
5. Rodzaje i wysokości świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej wskazane są na polisie ubezpieczeniowej.

1. **Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) wypadek przy pracy, będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu umowy Dodatkowej.
2. **Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. **Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) – renta.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) – renta polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) wypadek komunikacyjny będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest w postaci renty miesięcznej przez okres kolejnych 120 miesięcy na rzecz wszystkich uprawnionych dzieci Ubezpieczonego, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby uprawnionej do świadczenia.
 - 3) Wysokość świadczenia, o którym mowa w pkt 2) określona jest w łącznej kwocie na polisie ubezpieczeniowej, a w przypadku wypłaty podlega ona podziałowi na równe części na wszystkie uprawnione dzieci Ubezpieczonego.
 - 4) Dzieckiem Ubezpieczonego uprawnionym do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka, jest dziecko wskazane w definicji osierocenia dziecka.
4. **Trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu umowy Dodatkowej oraz
 - b) trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. **Trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - renta polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest w postaci renty miesięcznej przez okres kolejnych 120 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu Ubezpieczonego.
6. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy I.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy I polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
 - a) wszczepienie sztucznej zastawki serca,
 - b) utrata wzroku,
 - c) utrata słuchu,
 - d) utrata mowy,
 - e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM),
 - f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
 - g) borelioza,
 - h) wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZWB), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - i) wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZWC),
 - j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy.
 - 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
7. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy II.**
 - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy II polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
 - a) oponiak,

- b) choroba Parkinsona,
 - c) choroba Alzheimera,
 - d) choroba Huntingtona,
 - e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
 - f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) niedokrwistość aplastyczna,
 - h) łagodny nowotwór mózgu,
 - i) utrata kończyny,
 - j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - k) sepsa (posocznica),
 - l) wścieklizna,
 - m) zator tętnicy płucnej (ZTP),
 - n) choroba neuronu ruchowego,
 - o) zakażona martwica trzustki,
 - p) bakteryjne zapalenie wsierdza,
 - q) tężec,
 - r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),
 - s) ropień mózgu,
 - t) operacja aorty brzusznej/piersiowej,
 - u) gruźlica,
 - v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
 - w) wstrząs anafilaktyczny.
- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 8. Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli nowotwór złośliwy zdiagnozowany został u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 9. Leczenie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku:
- a) podania Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii,
 - b) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii,
 - c) przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji radykalnej lub operacji paliatywnej – w przypadku operacji onkologicznej.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa, w ramach każdych kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, ograniczona jest do wyłącznie jednego świadczenia niezależnie od liczby zastosowanych procedur leczenia nowotworu złośliwego w ramach tego samego leczenia nowotworu złośliwego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie w danym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej tego samego leczenia nowotworu złośliwego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
- 3) W razie jednoczesnego zastosowania w danym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej względem danego Ubezpieczonego radioterapii lub operacji onkologicznej lub chemioterapii Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie.
- 4) Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu leczenia choroby nowotworowej u Ubezpieczonego pod warunkiem, że leczenie nowotworu złośliwego miało miejsce w szpitalu z wyjątkiem leczenia metodą chemioterapii podanej drogą doustną.
- 10. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) zawał serca lub udar mózgu, będący przyczyną pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu jest pierwszym pobylem w szpitalu Ubezpieczonego od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu,
 - c) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - d) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 11. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) wypadek komunikacyjny skutkujący pobylem w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego jest pierwszym pobylem w szpitalu Ubezpieczonego od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego,
 - c) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - d) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego trwał co najmniej 1 dzień.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 12. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) wypadek komunikacyjny przy pracy skutkujący pobylem w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest pierwszym pobylem w szpitalu Ubezpieczonego od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - c) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej
 - d) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy trwał co najmniej 1 dzień.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 13. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM trwającego co najmniej 1 dzień.
- 2) Dla każdych kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM wynosi 14 dni.
- 14. Leczenie poszpitalne Ubezpieczonego – świadczenie apteczne.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie poszpitalne Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia aptecznego na zakup niezbędnych leków.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego jest ograniczona do:
- a) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego (pobyt w szpitalu),
 - b) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 15. Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: operacja chirurgiczna Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej, w przypadku poddania Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej operacji chirurgicznej wskazanej w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWDU, świadczenia w wysokości:
- a) 100% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
 - b) 50% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
 - c) 25% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej III klasy.
- 2) Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.
- 16. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku:
- a) podania Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - b) podania Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - c) wszczepienia Ubezpieczonemu kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
 - d) pierwszorazowego podłączenia Ubezpieczonemu dializatora do przetoki tętniczo-żylny lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
- 17. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem zawału serca lub udaru mózgu (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem zawału serca lub udaru mózgu, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 18. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem wypadku komunikacyjnego (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.

- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem wypadku komunikacyjnego, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 19. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem wypadku przy pracy (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
 - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
 - 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
 - 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem wypadku przy pracy, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 20. Lekkie obrażenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: lekkie obrażenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia lekkiego obrażenia ciała Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) lekkie obrażenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 21. Wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku gdy zdarzenie wchodzące w zakres Pakietu urazowego oraz jego przyczyna wystąpiły w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 22. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) wypadek przy pracy będący przyczyną czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni.
 - 3) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wynosi 30 dni.
- 23. Pobyt w sanatorium Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w sanatorium Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w sanatorium lub inna przyczyna pobytu w sanatorium niebędąca nieszczęśliwym wypadkiem miała miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w sanatorium rozpoczął się w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - c) pobyt w sanatorium trwał nieprzerwanie co najmniej 6 dni,
 - d) pobyt w sanatorium jest realizowany na podstawie skierowania/ orzeczenia na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową potwierdzonego przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
 - 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu w sanatorium Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty nie więcej niż 1 świadczenia z tego tytułu.
 - 3) W przypadku dwóch lub więcej pobytów w sanatorium Ubezpieczonego w związku z tą samą przyczyną (nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną niebędącą nieszczęśliwym wypadkiem) odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu w sanatorium Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty 1 świadczenia.
- 24. Rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) rekonwalescencja rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - c) rekonwalescencja trwała co najmniej 15 dni.
 - 2) W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 25. Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) zdarzenie, zdefiniowane jako rehabilitacja w §1 pkt 28) wystąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 26. Wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego - EOM (eksperska opinia medyczna).**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego - EOM (Eksperska Opinia Medyczna) polega na wydaniu i przekazaniu osobie uprawnionej Eksperskiej Opinii Medycznej (EOM) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 2) Eksperska opinia medyczna (EOM) obejmuje:
 - a) weryfikację diagnozy postawionej przez lekarza w Polsce (jeśli była postawiona),
 - b) weryfikację planu leczenia zaleconego przez lekarza w Polsce (jeśli był zalecony),
 - c) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej dolegliwości zdrowotnej,
 - d) propozycję optymalnego planu leczenia,
 - e) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz instytucji medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
 - f) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
 - g) w przypadkach uzasadnionych EOM – Asysta prawna.
 - 3) Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.
 - 4) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch świadczeń, tj. sporządzenia i wydania 2 Eksperskich Opinii Medycznych w każdym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 5) Stopień kompletności EOM zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.
- 27. Pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Ubezpieczony.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Ubezpieczony polega na organizacji i pokryciu kosztów:
 - a) konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty w placówce medycznej,
 - b) E-konsultacji.
 - 2) Do skorzystania ze świadczeń wskazanych w pkt. 1) lit. a) lub b) w zakresie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) uprawniony jest Ubezpieczony, a zakresem odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka objęte są zdarzenia wywołane nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną (chorobą) dotyczącą Ubezpieczonego.
 - 3) W celu skorzystania z usług wskazanych w pkt 1) lit. a) z wyłączeniem lekarza internisty konieczne jest posiadanie przez Ubezpieczonego ważnego skierowania na konsultację lekarską o określonej specjalizacji.
 - 4) Konsultacje lekarskie organizowane są w placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi konsultacji lekarskich w czasie bezpośredniej wizyty u lekarza oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdego 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1. bez skierowania: internista 2. na podstawie ważnego skierowania: chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg	3 wizyty	bez limitu
 - 5) W ramach usługi E-konsultacji, o której mowa w pkt. 1) lit b), osoba uprawniona do skorzystania z usługi może bez bezpośredniej wizyty u lekarza omówić z lekarzem o wybranej specjalizacji niepokojące objawy choroby lub wyniki swoich badań, które zamieszcza na platformie, otrzymać zalecenia do dalszego postępowania, otrzymać skierowanie na badania diagnostyczne, otrzymać receptę na leki przyjmowane na stałe (kontynuacja leczenia). Ponadto przez 24 godziny po odbytej E-konsultacji osoba uprawniona do skorzystania z tej usługi może zadać pisemne pytanie dotyczące odbytej konsultacji.
 - 6) E-konsultacje dostępne są:
 - a) w dni robocze: w przypadku internisty w ciągu maksymalnie 2 godzin od przyjęcia zgłoszenia, w przypadku lekarzy pozostałych dostępnych w ramach specjalizacji w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od przyjęcia zgłoszenia,
 - b) w nocy w godzinach 22:00 – 7:00 oraz w soboty, niedziele i święta – w przypadku internisty w ciągu maksymalnie 4 godzin od przyjęcia zgłoszenia.
 - 7) Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi E-konsultacji oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdego 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie E-konsultacji	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
internista, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg, endokrynolog, onkolog, ginekolog, alergolog, wenerolog, położna, dermatolog, diabetolog, urolog	6 razy	bez limitu

28. Pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Rodzinny.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Rodzinny polega na organizacji i pokryciu kosztów:
 - a) konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty w placówce medycznej,
 - b) E-konsultacji.
- 2) Do skorzystania ze świadczeń wskazanych w pkt. 1) lit. a) lub b) w zakresie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) uprawniony jest Ubezpieczony, a zakresem odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka objęte są zdarzenia wywołane nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną (choroba) dotycząca:
 - a) Ubezpieczonego,
 - b) małżonka lub partnera Ubezpieczonego,
 - c) dziecka Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 roku życia.
- 3) W celu skorzystania z usług wskazanych w pkt. 1) lit. a) z wyłączeniem lekarza internisty lub pediatry konieczne jest posiadanie przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe i która zamierza skorzystać z usługi, ważnego skierowania na konsultację lekarską o określonej specjalizacji.
- 4) Konsultacje lekarskie organizowane są w placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi konsultacji lekarskich w czasie bezpośredniej wizyty u lekarza oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdych 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1. bez skierowania: internista, pediatra 2. na podstawie ważnego skierowania: chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg	3 wizyty	bez limitu

- 5) W ramach usługi E-konsultacji, o której mowa w pkt. 1) lit b) osoba uprawniona do skorzystania z usługi może bez pośredniej wizyty u lekarza omówić z lekarzem o wybranej specjalizacji niepokojące objawy choroby lub wyniki swoich badań, które zamieści na platformie, otrzymać zalecenia do dalszego postępowania, otrzymać skierowanie na badania diagnostyczne, otrzymać receptę na leki przyjmowane na stałe (kontynuacja leczenia). Ponadto przez 24 godziny po odbytej E-konsultacji osoba uprawniona do skorzystania z tej usługi może zadać pisemne pytanie dotyczące odbytej konsultacji.
- 6) E-konsultacje dostępne są:
 - a) w dni robocze: w przypadku internisty i pediatry w ciągu maksymalnie 2 godzin od przyjęcia zgłoszenia, w przypadku lekarzy pozostałych dostępnych w ramach specjalizacji w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od przyjęcia zgłoszenia,
 - b) w nocy w godzinach 22:00 – 7:00 oraz w soboty, niedziele i święta – w przypadku internisty i pediatry w ciągu maksymalnie 4 godzin od przyjęcia zgłoszenia.
- 7) Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi E-konsultacji oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdych 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie E-konsultacji	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
internista, pediatra, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg, endokrynolog, onkolog, ginekolog, alergolog, wenerolog, położna, dermatolog, diabetolog, urolog	6 razy	bez limitu

II DZIECKO UBEZPIECZONEGO

29. Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) wypadek komunikacyjny, będący przyczyną zgonu dziecka Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.

30. Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego – Pakiet I dla dziecka.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego - Pakiet I dla dziecka polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:

- a) nowotwór złośliwy,
 - b) zawał serca,
 - c) udar mózgu,
 - d) niewydolność nerek,
 - e) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),
 - f) transplantacja jednego z głównych narządów,
 - g) ciężkie oparzenie,
 - h) śpiączka,
 - i) wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
 - 3) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.

31. Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego - Pakiet II dla dziecka.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego - Pakiet II dla dziecka polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
 - a) wszczęcie sztucznej zastawki serca,
 - b) utrata wzroku,
 - c) utrata słuchu,
 - d) utrata mowy,
 - e) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
 - f) borelioza,
 - g) wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - h) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - i) sepsa (posocznica),
 - j) wścieklizna,
 - k) tężec,
 - l) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 3) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.

32. Pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego trwającego 3 lub więcej dni.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 3) Dla każdych kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek wynosi 60 dni.

33. Pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) nieszczęśliwy wypadek skutkujący pobytem w szpitalu dziecka Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 dzień.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 3) Dla każdych kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 30 dni.

34. Operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej w przypadku poddania w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka Ubezpieczonego operacji chirurgicznej wskazanej w Wykazie operacji chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowiącym Załącznik nr 3 do OWDU, świadczenia w wysokości:
 - a) 100% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
 - b) 50% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
 - c) 25% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej III klasy.
- 2) Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.
- 3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.

35. Leczenie specjalistyczne dziecka Ubezpieczonego.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie specjalistyczne dziecka Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku:
 - a) podania dziecku Ubezpieczonego pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,

- b) podania dziecku Ubezpieczonego pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 c) wszczepienia dziecku Ubezpieczonego kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
 d) pierwszorazowego podłączenia dziecku Ubezpieczonego dializatora do przetoki tętniczo-żylnnej lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 36. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku obejmuje wyłącznie zdarzenia:
 a) dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miało nieukończony 25 rok życia oraz
 b) będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 37. Lekkie obrażenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: lekkie obrażenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 b) lekkie obrażenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 38. Uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku pogryzienia/ ukąszenia / użądlenia, wymagające leczenia ambulatoryjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku pogryzienia/ ukąszenia / użądlenia, wymagające leczenia ambulatoryjnego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli pogryzienie, ukąszenie lub użądlenie dziecka Ubezpieczonego:
 a) miało miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 b) skutkowało uszkodzeniem ciała dziecka, wymagającym leczenia ambulatoryjnego.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) w zakresie:
 a) pogryzienia dziecka Ubezpieczonego, obejmuje zdarzenia będące wynikiem pogryzienia przez psa lub kota,
 b) ukąszenia dziecka Ubezpieczonego, obejmuje zdarzenia będące wynikiem ukąszenia przez żmiję,
 c) użądlenia dziecka Ubezpieczonego, obejmuje zdarzenia będące wynikiem wprowadzenia za pomocą żądła do ciała dziecka Ubezpieczonego jadu przez osy, pszczoły, trzmiele, szerszenie.
- 39. Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku urodzenia się Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka w wyniku ciąży mnogiej.
- 2) Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) Towarzystwo wypłaca jednokrotnie bez względu na liczbę dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej.
- 40. Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku urodzenia się Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka z wadą wrodzoną wskazaną w Tabeli wad wrodzonych stanowiącej Załącznik nr 4 do OWDU.
- 2) Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną przysługuje, jeżeli wada wrodzona istniała w chwili urodzenia się dziecka i została zdiagnozowana przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia.
- 3) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) w stosunku do danego urodzonego dziecka bez względu na liczbę wad wrodzonych w chwili urodzenia się dziecka i zdiagnozowanych przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia.
- 41. Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka niską punktacją w skali APGAR.

III MAŁŻONEK/PARTNER UBEZPIECZONEGO

- 42. Zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 a) wypadek komunikacyjny, będący przyczyną zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 b) zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 43. Trwała całkowita niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwała całkowita niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 b) trwała całkowita niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 44. Poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
 a) nowotwór złośliwy,
 b) zawał serca,
 c) udar mózgu,
 d) niewydolność nerek,
 e) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),
 f) transplantacja jednego z głównych narządów,
 g) ciężkie oparzenie,
 h) śpiączka,
 i) wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 45. Poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
 a) wszczepienie sztucznej zastawki serca,
 b) utrata wzroku,
 c) utrata słuchu,
 d) utrata mowy,
 e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM),
 f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
 g) borelioza,
 h) wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 i) wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C),
 j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy.
- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 46. Poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy II.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy II polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
 a) oponiak,
 b) choroba Parkinsona,
 c) choroba Alzheimera,
 d) choroba Huntingtona,
 e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
 f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 g) niedokrwistość aplastyczna,
 h) łagodny nowotwór mózgu,
 i) utrata kończyn,
 j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 k) sepsa (posocznica),
 l) wścieklizna,
 m) zator tętnicy płucnej (ZTP),
 n) choroba neuronu ruchowego,
 o) zakażona martwica trzustki,
 p) bakteryjne zapalenie wsierdza,
 q) tężec,
 r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),
 s) ropień mózgu,
 t) operacja aorty brzusznej/piersiowej,
 u) gruźlica,
 v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
 w) wstrząs anafilaktyczny.

- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 47. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego trwającego 3 lub więcej dni.
 - 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek wynosi 60 dni.
- 48. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) nieszczęśliwy wypadek skutkujący pobylem w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu małżonka/partnera ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 dzień.
 - 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 30 dni.
- 49. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) wypadek komunikacyjny skutkujący pobylem w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest pierwszym pobylem w szpitalu od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego,
 - c) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - d) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego trwał co najmniej 1 dzień.
 - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 50. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) wypadek komunikacyjny przy pracy skutkujący pobylem w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - b) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest pierwszym pobylem w szpitalu od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - c) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - d) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy trwał co najmniej 1 dzień.
 - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 51. Operacja chirurgiczna małżonka/partnera Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: operacja chirurgiczna małżonka/partnera Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej w przypadku poddania małżonka/partnera Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej operacji chirurgicznej wskazanej w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWDU, świadczenia w wysokości:
 - a) 100% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
 - b) 50% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
 - c) 25% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej III klasy.
 - 2) Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.
- 52. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
 - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętych odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 53. Lekkie obrażenie ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: lekkie obrażenie ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia lekkiego obrażenia ciała u małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) lekkie obrażenie ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 54. Wystąpienie u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: wystąpienie u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku gdy zdarzenie wchodzące w zakres Pakietu urazowego oraz jego przyczyna wystąpiły u małżonka/partnera Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 55. Czasowa niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: czasowa niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) wypadek przy pracy będący przyczyną czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) czasowa niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni.
 - 3) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wynosi 30 dni.
- IV RODZICE UBEZPIECZONEGO,
RODZICE MAŁŻONKA/PARTNERA UBEZPIECZONEGO**
- 56. Zgon rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zgonu rodzica Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 57. Zgon rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zgonu rodzica małżonka/partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) zgon rodzica małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- V RODZENSTWO UBEZPIECZONEGO**
- 58. Zgon rodzeństwa Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodzeństwa Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku śmierci rodzeństwa Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 59. Zgon rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
 - b) zgon rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- UMOWA DODATKOWA
warunki zawarcia Umowy Dodatkowej
§ 4.**
1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej, jeżeli Umowa Podstawowa zawarta została na warunkach Pakietu SUPER GRUPA obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.
 2. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa lub w innej udostępnionej przez Towarzystwo formie.
 3. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy ubezpieczeniowej.

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

§ 5.

Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 6.

1. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk w zakresie Umowy Dodatkowej jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką ubezpieczeniową z tytułu Umowy Podstawowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. Z zastrzeżeniem § 8 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie ubezpieczeniowej potwierdzającej rozszerzenie zakresu Umowy Podstawowej o Umowę Dodatkową.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu:
 - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
 - 2) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

KARENCA

§ 8.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka,
 - 4) trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie jednostek chorobowych z Pakietu dodatkowego I lub Pakietu dodatkowego II, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 7) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - 8) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne, jeżeli pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem poszpitalnym nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 12) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 13) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 14) lekkiego obrażenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 15) wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 16) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 17) pobytu w sanatorium Ubezpieczonego, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 18) rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 19) rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 20) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania medycznych świadczeń assistance (Wariant Ubezpieczenia i Wariant Rodzinny),
 - 21) zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 22) poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego (Pakiet I dla dziecka, Pakiet II dla dziecka),
 - 23) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 24) operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 25) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 26) lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 27) uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku pogryzienia/ ukąszenia / użądlenia, wymagającego leczenia ambulatoryjnego,
 - 28) zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 29) trwałej całkowitej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 30) poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I i Pakiet dodatkowy II – w przypadku zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 31) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 32) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 33) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - 34) operacji chirurgicznej małżonka/partnera Ubezpieczonego, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 35) trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 36) lekkiego obrażenia ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 37) wystąpienia u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
 - 38) czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 39) zgonu rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 40) zgonu rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 41) zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:

1) 6 miesięcy polisowych z tytułu:

- a) zdiagnozowania nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
- b) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- c) leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne, jeżeli pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem poszpitalnym nastąpił z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- d) pobytu w sanatorium Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- e) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- f) poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I i Pakiet dodatkowy II - z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- g) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- h) operacji chirurgicznej małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek
- i) zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego,

2) 3 miesiące polisowe z tytułu:

- a) poważnego zachorowania Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy I, Pakiet dodatkowy II) - z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- b) leczenia nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
- c) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- d) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- e) leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego,
- f) leczenia specjalistycznego dziecka Ubezpieczonego,

3) 9 miesięcy polisowych z tytułu:

- a) urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej,
- b) urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną,
- c) urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR,

4) 2 miesiące polisowe z tytułu wystąpienia dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego - EOM.

3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU stosuje się odpowiednio w zakresie ryzyk objętych zakresem ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia **któregokolwiek ze zdarzeń ubezpieczeniowych** w przypadku, gdy dane zdarzenie ubezpieczeniowe było wynikiem:
 - 1) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego,
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej,
 - 3) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez osobę której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe przestępstwa umyślnego,
 - 5) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie pozostawiania pod wpływem alkoholu lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanym dalej łącznie „środkami odurzającymi”), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
 - a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
 - b) nie wykonano badań z innych powodów,a w dokumentacji powypadkowej znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka, trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM, leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne, operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, lekkiego obrażenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, pobytu w sanatorium Ubezpieczonego, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, operacji chirurgicznej małżonka/

partnera Ubezpieczonego, trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lekkiego obrażenia ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego, czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:

- 1) pozostawiania pod wpływem alkoholu przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub środków odurzających, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
 - a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
 - b) nie wykonano badań z innych powodów,a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę. Powyższe wyłączenie dotyczy w szczególności zdarzeń powstałych w związku z prowadzeniem przez osobę, której dotyczy zdarzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających.
 - 2) prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba, że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na zajście zdarzenia,
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 4) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 5) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty lotnicze, sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne (z wyłączeniem zdarzeń dotyczących dziecka Ubezpieczonego i powstałych w sytuacji, gdy uprawianie danej dyscypliny wynika z udziału dziecka Ubezpieczonego w obowiązkowych zajęciach sportowych prowadzonych przez jednostkę oświatową),
 - 6) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności – w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących nieszczęśliwych wypadków (wszystkie przypadki nieszczęśliwych wypadków),
 - 7) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy – w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących wypadków przy pracy.
 - 8) udziału w bójce (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej).
3. W stosunku do zdarzeń: **pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM, leczenie szpitalne Ubezpieczonego - świadczenie apteczne, pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy**, odpowiednie zastosowanie mają wyłączenia odpowiedzialności wskazane w OWU w zakresie dotyczącym odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej w zakresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu oraz Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach spowodowanych lub będących wynikiem:
- a) leczenia lub zabiegów leczniczych wykonywanych przez osoby nieuprawnione z wyłączeniem pierwszej pomocy,
 - b) rutynowych badań lekarskich, badań okresowych,
 - c) pobytu w ramach prewencji rentowej,
 - d) konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia,
 - e) leczenia lub operacji, które nie są medyczną koniecznością.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, w przypadkach będących wynikiem:
- 1) wad wrodzonych (w rozumieniu definicji w OWU) i rozwojowych,
 - 2) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w sanatorium Ubezpieczonego, jeżeli pobyt w sanatorium Ubezpieczonego nastąpił na skutek, w następstwie lub został spowodowany:
- 1) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
 - 2) wadą wrodzoną (w rozumieniu definicji w OWU) lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem,
 - 3) uzależnieniem od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w sanatorium Ubezpieczonego** jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
- 1) chorób psychicznych, upośledzenia umysłowego, niedorozwoju umysłowego, zaburzeń zachowania,
 - 2) choroby lub zatrucia spowodowanymi zarówno długotrwałym, jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu **operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej małżonka/partnera Ubezpieczonego**:

- 1) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi przeprowadzonymi przez osoby nieuprawnione bądź będące następstwem eksperymentów medycznych,
 - 2) w wyniku zatrucia spowodowanego zarówno długotrwałym, jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem środków odurzających lub leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 3) w której osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była dawcą organów lub narządów,
 - 4) związanej z ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) kosmetycznej, rekonstrukcyjnej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych po zawarciu Umowy Dodatkowej lub choroby wykrytej po zawarciu Umowy Dodatkowej,
 - 6) związanej z leczeniem bezpłodności oraz zabiegu związanego z antykoncepcją,
 - 7) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - 8) implantowania zębów,
 - 9) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - 10) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **zdiagnozowania nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego, leczenia nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego – Pakiet I dla dziecka i poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie nowotworu złośliwego** jest wyłączona w przypadku nowotworów:
- a) nowotworu łagodnego,
 - b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis), np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
 - c) raka podstawno komórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,
 - d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm; stopień zaawansowania wg Clarka > 4),
 - e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
 - f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3, g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
 - g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
9. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego (Pakiet I dla dziecka, Pakiet II dla dziecka)** jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
- 1) wad wrodzonych (w rozumieniu definicji w OWU) i rozwojowych,
 - 2) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu,
 - 3) działania w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy Kodeks karny lub w stanie pozostawiania pod wpływem alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, wywołanym nadużyciem leków.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną, jeżeli wada wrodzona powstała na skutek lub w związku ze spożyciem przez matkę biologiczną dziecka alkoholu, używaniem środków odurzających albo nadużywaniem leków.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 10.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Dodatkowej, innych niż wymienione w ust. 2 i 3, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, w przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest beneficjent lub inna osoba uprawniona do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami OWU.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka jest dziecko (dzieci) Ubezpieczonego, zgodnie z definicją osierocenia dziecka.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 11.

1. W przypadku świadczenia wynikającego z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia OWU, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w OWU, są:
 - 1) kopia dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli osoba zgłaszającą roszczenie nie jest Ubezpieczony,
 - 2) wypis z dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony jest osobą zgłaszającą roszczenie,
 - 3) w przypadku zdarzeń dotyczących partnera Ubezpieczonego - dokumenty potwierdzające związek partnerski z Ubezpieczonym zgodnie z definicją partnera: zaświadczenie z USC o stanie cywilnym, dokumenty potwierdzające prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego,
 - 4) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 5) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 6) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku (każdy przypadek nieszczęśliwego wypadku), okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy danym przypadkiem nieszczęśliwego wypadku a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony w tym:
 - a) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności wypadku - raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

- b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło osobie, której dotyczy zdarzenie pomocy medycznej,
 - c) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia wypadku, o ile został wydany,
 - 7) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (protokół BHP), karta wypadku, decyzja ZUS, o ile była wydana w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy, orzeczenie sądu lub inne zaświadczenia właściwych organów – w przypadku zdarzeń będących wynikiem wypadku przy pracy,
 - 8) dokumentacja medyczna dotycząca przyczyny powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec osoby, u której wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy, po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o trwałej całkowitej niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji przed upływem tego okresu, o ile zostało albo zostały wydane,
 - 9) dane adresowe placówek medycznych, w których w związku ze zgłoszonym zdarzeniem ubezpieczeniowym leczyla się osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 10) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia w zależności od jednostki chorobowej, której dotyczy zdarzenie,
 - 11) opinia lekarza onkologa, stwierdzająca diagnozę nowotworu złośliwego oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań histopatologicznych lub dowody naciekania,
 - 12) dokumentację medyczną potwierdzającą zastosowanie leczenia nowotworu złośliwego lub przeprowadzenie leczenia specjalistycznego,
 - 13) karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis),
 - 14) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie nowotworu złośliwego,
 - 15) w przypadku pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca: i) dokumentację medyczną potwierdzającą objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego m.in. ból w klatce piersiowej, ii) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego, iii) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu lub spadku aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego – poza granicami wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
 - 16) w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
 - 17) dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego, zaświadczenie z leczenia ambulatoryjnego,
 - 18) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie i rodzaj operacji chirurgicznej,
 - 19) dokumenty potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu lub lekkiego obrażenia ciała,
 - 20) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wskazywaną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu (z danym przypadkiem nieszczęśliwego wypadku, z zawałem serca lub udarem mózgu),
 - 21) dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy oraz z przebiegu i zakończenia leczenia (historia leczenia),
 - 22) opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG),
 - 23) w przypadku pobytu w sanatorium: i) potwierdzone przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skierowanie/orzeczenie na leczenie uzdrowskowe/rehabilitację uzdrowskową, ii) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wskazywaną przyczyną pobytu w sanatorium a pobytem w sanatorium iii) karta informacyjna z pobytu w sanatorium,
 - 24) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia, prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,
 - 25) odpis skrócony aktu urodzenia dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia, prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dzieci,
 - 26) dokumentacja medyczna potwierdzająca zdiagnozowanie wady wrodzonej,
 - 27) dokument stwierdzający u dziecka ostatnią punktację wg skali APGAR wynoszącą 7 lub mniej punktów.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia.
 4. Zgłoszenie i obsługa roszczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej -EOM odbywa się na poniżej wskazanych zasadach:
 - 1) W celu zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem pod numerem telefonu: 22 460 22 22 i podczas rozmowy telefonicznej, pracownik Towarzystwa:
 - a) potwierdzi tożsamość Ubezpieczonego,
 - b) zarejestruje zgłoszenie roszczenia,
 - c) wskaże Ubezpieczonemu adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia.
 - 2) Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim. Koszt tłumaczenia dostarczonych przez Ubezpieczonego dokumentów na język, którym posługuje się lekarz z Instytucji medycznej, pokrywa Towarzystwo):
 - a) rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,
 - b) informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,
 - c) krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.
 - 3) Towarzystwo spełnia świadczenie wydania EOM w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia roszczenia i przekazania przez Ubezpieczonego niezbędnej dokumentacji i informacji.
 - 4) Ekspertka opinia medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, w języku polskim na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.

5. W celu zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania medycznych świadczeń assistance osoba uprawniona do usługi zobowiązana jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem za pośrednictwem Centrum Alarmowego pod numerem telefonu: 22 741 39 99 podczas której:

- 1) osoba reprezentująca Towarzystwo ustali:
 - a) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - d) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony, małżonek/partner/dziecko Ubezpieczonego),
 - e) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - f) okoliczności i przyczynę zaistniałego zdarzenia, rodzaj koniecznej pomocy (usługi) oraz uprawnienie do skorzystania z usługi,
 - g) inne informacje konieczne do realizacji usług.
- 2) w przypadku, gdy konieczną usługą jest konsultacja lekarska osoba reprezentująca Towarzystwo umówi termin i miejsce wizyty w placówce medycznej,
- 3) W przypadku, gdy konieczną usługą jest E-konsultacja osoba reprezentująca Towarzystwo zarejestruje osobę uprawnioną na platformie oraz umówi E-konsultację w wybranej formie (telefon, wideo, chat). Do realizacji usługi E-konsultacja konieczne jest zaakceptowanie Regulaminu korzystania z usługi za pośrednictwem platformy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 12.

1. Niniejsze OVDU wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 r.
2. Niniejsze OVDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działająca pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 1

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH

UKŁAD NERWOWY		
Nazwa procedury		Klasa
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		
Nazwa procedury		Klasa
26	Wycięcie przysadki mózgowej	I
27	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
28	Operacja szyszynki	I
29	Wycięcie tarczycy całkowite	II
30	Wycięcie tarczycy częściowe	III
31	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II
32	Wycięcie tarczycy językowej	II
33	Wycięcie przytarczyc	II
34	Wycięcie grasicy	II
35	Wycięcie nadnercza	II
36	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	II
37	Całkowite wycięcie sutka	II
38	Wszczepienie protezy piersi	II
39	Wycięcie zmiany sutka	III
40	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III
OKO		
Nazwa procedury		Klasa
41	Wycięcie gałki ocznej	II
42	Usunięcie zmiany oczodołu	II
43	Proteżowanie gałki ocznej	III
44	Rewizja protezy gałki ocznej	III
45	Operacyjna plastyka oczodołu	II
46	Nacięcie oczodołu	III
47	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
48	Usunięcie zmiany powieki	III
49	Wycięcie nadmiaru powieki	III
50	Rekonstrukcja powieki	III
51	Korekcja deformacji powieki	III
52	Korekcja opadania powieki	II
53	Nacięcie powieki	III
54	Ochronne zszycie szpary powiekowej	III
55	Operacja gruczołu łzowego	III
56	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II

57	Operacja kanału łzowego	III
58	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
59	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
60	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
61	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
62	Usunięcie zmiany spojówki	III
63	Operacja naprawcza spojówki	III
64	Nacięcie spojówki	III
65	Wycięcie zmiany rogówki	III
66	Plastyka rogówki	II
67	Operacja naprawcza rogówki	III
68	Nacięcie rogówki	III
69	Usunięcie zmiany twardówki	III
70	Zabieg naprawy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	II
71	Nacięcie twardówki	III
72	Wycięcie tęczówki	III
73	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
74	Nacięcie tęczówki	III
75	Usunięcie ciała rzęskowego	II
76	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
77	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
78	Nacięcie torebki soczewki oka	III
79	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
80	Operacja ciała szklistego	II
81	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
UCHO		
Nazwa procedury		Klasa
82	Wycięcie ucha zewnętrznego	II
83	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III
84	Plastyka ucha zewnętrznego	II
85	Drenaż ucha zewnętrznego	III
86	Otwarcie wyrostka sutkowatego	II
87	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
88	Drenaż ucha środkowego	III
89	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
90	Usunięcie zmiany ucha środkowego	II
91	Operacja trąbki Eustachiusza	II
92	Operacja ślimaka	I
93	Operacja aparatu przedsionkowego	II
UKŁAD ODDECHOWY		
Nazwa procedury		Klasa
94	Wycięcie nosa	II
95	Plastyka nosa	II
96	Operacja przegrody nosa	III
97	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III
98	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III
99	Operacja nosa zewnętrznego	III
100	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
101	Operacja zatoki czołowej	III
102	Operacja zatoki klinowej	III
103	Operacja zatoki nosa	III
104	Wycięcie gardła	II
105	Operacja naprawcza gardła	II
106	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II
107	Wycięcie krtani	II
108	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
109	Rekonstrukcja krtani	I
110	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	II
111	Częściowe wycięcie tchawicy	I
112	Plastyka tchawicy	II
113	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	II
114	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III

115	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
116	Częściowe usunięcie oskrzela	II
117	Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
118	Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
119	Przeszczep płuca	I
120	Wycięcie płuca	I
121	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
122	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
123	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA		
Nazwa procedury		Klasa
124	Częściowe wycięcie wargi	III
125	Usunięcie zmiany wargi	III
126	Korekcja deformacji wargi	II
127	Wycięcie języka	II
128	Usunięcie zmiany języka	III
129	Nacięcie języka	III
130	Usunięcie zmiany podniebienia	III
131	Korekcja deformacji podniebienia	II
132	Wycięcie migdałków	III
133	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
134	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
135	Wycięcie ślinianki	III
136	Usunięcie zmiany ślinianki	III
137	Nacięcie gruczołu ślinowego	III
138	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
139	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
140	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
141	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		
Nazwa procedury		Klasa
142	Wycięcie przełyku i żołądka	I
143	Całkowite wycięcie przełyku	I
144	Częściowe wycięcie przełyku	II
145	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
146	Zespolenie omijające przełyku	I
147	Rewizja zespolenia przełyku	II
148	Operacja naprawcza przełyku	I
149	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
150	Nacięcie przełyku	II
151	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
152	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
153	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
154	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III
155	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
156	Operacja antyrefluksowa	III
157	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III
158	Całkowite wycięcie żołądka	I
159	Częściowe wycięcie żołądka	II
160	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
161	Operacja plastyczna żołądka	II
162	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
163	Zespolenie żołądkowo-czczce	II
164	Gastrostomia	III
165	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
166	Pyloromyotomia	II
167	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
168	Wycięcie dwunastnicy	II
169	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
170	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
171	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II

172	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
173	Wycięcie jelita czczego	II
174	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
175	Jejunostomia	II
176	Zespolenie omijające jelita czczego	II
177	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
178	Wycięcie jelita krętego	II
179	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
180	Zespolenie omijające jelita krętego	II
181	Rewizja zespolenia jelita krętego	II
182	Wytworzenie ileostomii	II
183	Rewizja ileostomii	II
184	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
185	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II
DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		
Nazwa procedury		Klasa
186	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
187	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
188	Całkowite wycięcie okrężnicy	I
189	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
190	Resekcja poprzeczniczy	II
191	Lewostronna hemikolektomia	II
192	Wycięcie esicy	II
193	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
194	Zespolenie omijające okrężnicy	II
195	Wylonienie jelita ślepego	II
196	Nacięcie okrężnicy	II
197	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
198	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
199	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
200	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu	III
201	Wycięcie odbytnicy	I
202	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
203	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
204	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
205	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
206	Wycięcie odbytu	II
207	Wycięcie zmiany odbytu	III
208	Zniszczenie zmiany odbytu	III
209	Operacja naprawcza odbytu	II
210	Wycięcie hemoroidów	III
211	Zniszczenie hemoroidów	III
212	Drenaż przez okolicę krocza	III
213	Wycięcie zatoki włosowej	III
INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		
Nazwa procedury		Klasa
214	Przeszczep wątroby	I
215	Częściowe wycięcie wątroby	I
216	Usunięcie zmiany wątroby	I
217	Nacięcie wątroby	III
218	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
219	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
220	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
221	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
222	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
223	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
224	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
225	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	III
226	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
227	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
228	Zespolenie przewodu wątrobowego	I
229	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
230	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
231	Nacięcie przewodu żółciowego	II
232	Przeddwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
233	Przeddwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II

234	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
235	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
236	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
237	Przeszkólna rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
238	Przeszkólna implantacja protezy przewodu żółciowego	III
239	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III
240	Przeszczep trzustki	I
241	Całkowite wycięcie trzustki	I
242	Wycięcie głowy trzustki	I
243	Usunięcie zmiany trzustki	II
244	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
245	Otwarty drenaż zmiany trzustki	II
246	Nacięcie trzustki	II
247	Całkowite wycięcie śledziony	II

SERCE

Nazwa procedury	Klasa	
248	Przeszczep płuc i serca	I
249	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
250	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I
251	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
252	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
253	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
254	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
255	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
256	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
257	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
258	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
259	Plastyka przedsionka serca	I
260	Walwuloplastyka mitralna	I
261	Walwuloplastyka aortalna	I
262	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
263	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
264	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
265	Rewizja plastyki zastawki serca	I
266	Otwarta walwulotomia	I
267	Zamknięta walwulotomia	I
268	Przeszkólna operacja dotycząca zastawki serca	II
269	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
270	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
271	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
272	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
273	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
274	Otwarta koronaroplastyka	I
275	Przeszkólna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej ze wszczepieniem stentu	II
276	Otwarta operacja układu bódzoprzewodzącego serca	I
277	Wszczepienie systemu wspomagania serca	II
278	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
279	Inny stały sposób stymulacji serca	I
280	Wycięcie osierdzia	I
281	Drenaż osierdzia	II
282	Nacięcie osierdzia	II

NACZYNIĄ TĘTNICZE ORAZ ŻYŁNE

Nazwa procedury	Klasa	
283	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
284	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
285	Przeszkólna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
286	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
287	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
288	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
289	Przeszkólna operacja tętnicy płucnej	II
290	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
291	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
292	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
293	Plastyka aorty	I
294	Przeznaczeniowa operacja aorty	II
295	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
296	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II

297	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
298	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
299	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
300	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
301	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
302	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
303	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
304	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
305	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
306	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
307	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
308	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
309	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
310	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	III
311	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
312	Wycięcie innej tętnicy	III
313	Operacja naprawcza innej tętnicy	III
314	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
315	Zespolenie tętniczo-żylnie	III
316	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
317	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
318	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
319	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	III

UKŁAD MOCZOWY

Nazwa procedury	Klasa	
320	Przeszczep nerki	II
321	Całkowite wycięcie nerki	II
322	Częściowe wycięcie nerki	II
323	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
324	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
325	Nacięcie nerki	II
326	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
327	Operacja nerki przez nefrostomię	III
328	Wycięcie moczowodu	II
329	Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
330	Reimplantacja moczowodu	II
331	Operacja naprawcza moczowodu	II
332	Nacięcie moczowodu	II
333	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II
334	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
335	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
336	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
337	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
338	Powiększenie pęcherza	II
339	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	III
340	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	III
341	Endoskopowa operacja zwięższająca pojemność pęcherza	III
342	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
343	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
344	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
345	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
346	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
347	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
348	Wycięcie cewki moczowej	II
349	Operacja naprawcza cewki moczowej	II
350	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
351	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III

NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE

Nazwa procedury	Klasa	
352	Usunięcie moszny	III
353	Obustronne wycięcie jąder	II
354	Usunięcie jednego jądra	III
355	Usunięcie zmiany jądra	III
356	Obustronne sprowadzenie jąder	II
357	Proteżowanie jądra	III
358	Operacja wodniaka jądra	III
359	Operacja najądrza	III

360	Wycięcie nasieniowodu	III
361	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
362	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
363	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
364	Amputacja prącia	II
365	Usunięcie zmiany prącia	III
366	Operacja plastyczna prącia	III
367	Protezowanie prącia	III
368	Operacja napletka	III

ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY

Nazwa procedury	Klasa	
369	Operacja lechtaczki	III
370	Operacja gruczołu Bartholina	III
371	Wycięcie sromu	II
372	Wycięcie zmiany sromu	III
373	Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
374	Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
375	Wycięcie pochwy	III
376	Nacięcie zrostów pochwy	III
377	Usunięcie zmiany pochwy	III
378	Operacja plastyczna pochwy	III
379	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
380	Plastyka sklepienia pochwy	III
381	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
382	Wycięcie szyjki macicy	III
383	Zniszczenie zmiany szyjki macicy	III
384	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
385	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
386	Usunięcie zmiany macicy metodą endoskopową	III
387	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
388	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
389	Częściowe wycięcie jajowodu	III
390	Wszczepienie protezy jajowodu	III
391	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
392	Nacięcie jajowodu	II
393	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
394	Częściowe wycięcie jajnika	III
395	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III
396	Operacja naprawcza jajnika	III
397	Pobranie komórki jajowej	III
398	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
399	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
400	Operacja innego więzadła macicy	III

SKÓRA

Nazwa procedury	Klasa	
401	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
402	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
403	Odległy przeszczep uszypulowanego płata skórno-mięśniowego	III
404	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
405	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	II
406	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
407	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
408	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
409	Miejscowy przeszczep uszypulowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
410	Przeszczep płata śluzówki	III
411	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
412	Przeszczep śluzówki	III
413	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
414	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
415	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III

TKANKI MIĘKKIE

Nazwa procedury	Klasa	
416	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
417	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
418	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
419	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
420	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
421	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	III

422	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
423	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
424	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
425	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
426	Plastyka przepukliny pępkowej	III
427	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
428	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	II
429	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III
430	Operacja dotycząca pępka	III
431	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	III
432	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
433	Operacja dotycząca sieci	III
434	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
435	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
436	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
437	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
438	Przeszczep powięzi	III
439	Wycięcie powięzi brzucha	III
440	Usunięcie zmiany powięzi	III
441	Operacja kaletki	III
442	Przełożenie ścięgna	III
443	Wycięcie ścięgna	III
444	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
445	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
446	Uwolnienie ścięgna	III
447	Zmiana długości ścięgna	III
448	Wycięcie pochewki ścięgna	III
449	Przeszczep mięśnia	II
450	Wycięcie mięśnia	III
451	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	III
452	Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
453	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
454	Drenaż zmiany węzła chłonnego	III
455	Operacja przewodu limfatycznego	II
456	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III

KOŚCI ORAZ STAWY

Nazwa procedury	Klasa	
457	Operacja naprawcza czaszki	II
458	Otwarcie czaszki	I
459	Wycięcie kości twarzy	III
460	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
461	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
462	Wycięcie żuchwy	II
463	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
464	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
465	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
466	Korekcia po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
467	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
468	Korekcia po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
469	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
470	Korekcia po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
471	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
472	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
473	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
474	Korekcia usztywnienia stawów kręgosłupa	II
475	Korekcia deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
476	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
477	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
478	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
479	Całkowita rekonstrukcja kciuka	II
480	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
481	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
482	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
483	Całkowite wycięcie kości	III
484	Wycięcie kości ektopowej	III
485	Usunięcie zmiany nowotworowej kości	II

486	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
487	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
488	Rozdzielenie trzonu kości	II
489	Rozdzielenie kości stopy	III
490	Drenaż kości	III
491	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
492	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
493	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	II
494	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
495	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
496	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	III
497	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
498	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
499	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
500	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
501	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
502	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
503	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
504	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
505	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
506	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
507	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
508	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
509	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
510	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
511	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
512	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
513	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
514	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
515	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
516	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	III
517	Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
518	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
519	Protezowanie ścięgna	III
520	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
521	Uwolnienie przykurczu stawu	III
522	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
523	Terapeutyczna artroskopia stawu	III
RÓŻNE		
Nazwa procedury		Klasa
524	Reimplantacja kończyny górnej	II
525	Reimplantacja kończyny dolnej	II
526	Reimplantacja innego narządu	II
527	Wszczepienie protezy kończyny	I
528	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
529	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
530	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
531	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
532	Amputacja palucha	III

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

L.p.	Poważne zachorowanie – nazwa jednostki chorobowej	Definicja	Ryzyko w OWDU, (zgodnie z opisem skrótów ryzyk)
1	Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	lecnicza technika (zabieg medyczny) cewnikowania serca, polegająca na rozszerzeniu zwężonej lub udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej (serca), jednej lub więcej, przeprowadzona w świeżym zawału serca, wykonana przy użyciu cewnika balonowego. Dla uznania tego zabiegu za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego rozpoznania świeżego zawału serca, b) potwierdzenie wykonania zabiegu w dokumentacji hemodynamicznej. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych dotyczy jedynie tych zdarzeń, które są następstwem choroby wieńcowej rozpoznanej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.	U2 M/P2
2	Bakteryjne zapalenie wsierdzia	proces zapalny wywołany bakteriami paciorkowca, gronkowca lub pneumokokami, powodujący zmiany morfotyczne wsierdzia (błony wyścielającej jamy serca) w postaci zakrzepów płytkowych, białych i czerwonych krwinek oraz masy bakteryjnej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) posiadanie dodatniego wyniku badania posiewowego krwi, c) potwierdzenie trwałego uszkodzenia zastawek serca pod postacią niewydolności, w badaniu echokardiograficznym serca, d) zastosowanie antybiotykoterapii adekwatnej do etiologii schorzenia.	U2 M/P2
3	Bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza)	choroba pasożytnicza wywołana przez tasiemca, powodująca powstanie torbieli (cysty) umiejscowionej w mózgu, dająca kliniczne objawy guza mózgu, wymagająca leczenia operacyjnego i zastosowania chemioterapii przeciwpasożytniczej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) dodatni wynik badania parazytologicznego materiału pozyskanego drogą biopsji torbieli lub śródoperacyjnie, c) zastosowanie chemioterapii.	U2 D2 M/P2
4	Borelioza	choroba wywołana przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzująca się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za boreliozę, koniecznym jest przedstawienie dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELIZA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką.	U1 D2 M/P1
5	Ciężkie oparzenie	oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry), dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała.	D1 M/P
6	Choroba Alzheimera	choroba neurodegeneracyjna typu II (w okresie 40-65 r.ż.), manifestująca się postępującym zespołem otępiennym w postaci: afazji (zaburzenia funkcji mówienia), aleksji (zaburzenia zdolności rozumienia słowa pisanego), agrafii (zaburzenia umiejętności pisania) i/lub apraksji (upośledzenie zdolności wykonywania precyzyjnych i celowych ruchów). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę, b) zaników korowych charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej w obrazie TK mózgu, c) zastosowania leczenia szpitalnego, d) orzeczenia inwalidztwa. Zaburzenia mowy, rozumienia, pisania i wykonywania ruchów, będące następstwem udaru lub guza mózgu, nie są uznawane za chorobę Alzheimera.	U2 M/P2
7	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	diagnoza choroby, która musi być uznana za „prawdopodobną”, zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba: a) postępująca demencja, b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonie, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny, c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF), d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinięcia ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy. Za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba.	D1 M/P
8	Choroba Huntingtona	zespół progresywnych deficytów psychicznych, wywołany uogólnionym zwyrodnieniem mózgu, o charakterze dziedzicznym i wrodzonym, manifestujący się mimowolnymi ruchami płaśwawiczymi. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę, b) przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	U2 M/P2
9	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne, choroba Charcota, amyotrophic lateral sclerosis ALS)	postępująca choroba neurodegeneracyjna, w postaci uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego neuronu ruchowego, manifestująca się zanikami mięśniowymi, spastycznymi niedowładami kończyn i objawami opuszkowymi, wymagająca leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) potwierdzenie etiologii niedowładu w badaniu EMG (elektromiografia), c) wystąpienie typowych zmian w badaniu MRI.	U2 M/P2

10	Choroba Parkinsona	choroba układu pozapiramidowego, której istotą jest postępujący zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, charakteryzująca się: wystąpieniem co najmniej dwóch kluczowych ruchowych objawów choroby (spowolnienie ruchowe, wzmoczenie napięcia mięśniowego, drżenie spoczynkowe), brakiem objawów uszkodzenia innych układów nerwowych, stwierdzeniem wyraźnej poprawy po podaniu lewodopy lub agonisty receptora dopaminergicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: potwierdzenie choroby (rozpoznanie kliniczne) przez lekarza specjalistę (neurologa, neurochirurga). Rozpoznanie kliniczne winno być potwierdzone badaniem neuroobrazowym TK lub MRI. Wystąpienie drżenia samoistnego nie jest uznawane za objaw choroby Parkinsona. Objawy „zespołu Parkinsona” towarzyszące innym stanom chorobowym (guzy, miażdżycy, kiła, urazy, zatrucia CO, nadużywanie leków) nie są uznawane za chorobę Parkinsona.	U2 M/P2
11	Gruźlica	choroba zakaźna wywołana przez prątki gruźlicy typu ludzkiego (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>), manifestująca się zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są: a) rozpoznanie kliniczne w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) posiadanie dodatniego wyniku próby tuberkulinowej (odczyn śródskórny Mantoux), c) potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym, d) posiadanie dodatniego wyniku badania płwociny na obecność prątków Kocha, e) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia.	U2 M/P2
12	Kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu	ostra choroba wirusowa wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszona przez kleszcze powodująca infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał.	U1 D2 M/P1
13	Łagodny nowotwór mózgu	proces powolnego rozrostu komórek, budową histologiczną zbliżonych do tkanki prawidłowej, nie powodujący naciekania okolicznych tkanek oraz wnikania do naczyń krwionośnych, niedający przerzutów i wznowy choroby, tj. nawrotu procesu po zastosowanym leczeniu. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, neurologii lub onkologii, b) potwierdzenie łagodnego charakteru nowotworu w badaniu histopatologicznym.	U2 M/P2
14	Niedokrwistość aplastyczna	nabyta aplazja szpiku kostnego, z pancytopenią krwi obwodowej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) wystąpienia pancytopenii trójukładowej (niedobór wszystkich prawidłowych elementów morfotycznych krwi: erytrocytów, leukocytów i trombocytów), c) wystąpienia aplazji trójukładowej szpiku (< 25% komórkowości), w badaniu szpiku metodą biopsji.	U2 M/P2
15	Niewydolność nerek	schyłkowe stadium choroby nerek, rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerki. Dla zaliczenia przez Towarzystwo tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep). Rozpoznanie niewydolności nerek winno nastąpić w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.	D1 M/P
16	Nowotwór złośliwy	choroba, charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania, badaniem histopatologicznym.	D1 M/P
17	Operacja aorty brzusznej/ piersiowej	operacyjne usunięcie odcinka aorty, poszerzonego tętniakowato w przebiegu ostrego rozwarstwienia jej ściany i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego tętniaka w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego.	U2 M/P2
18	Operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku	operacyjne usunięcie odcinka aorty, uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania operacji aorty za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie uszkodzenia aorty wskutek nieszczęśliwego wypadku w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego.	U2 M/P2
19	Oponiak	nowotwór wewnątrzczaszkowy wychodzący z komórek meningealnych (opon mózgowo-rdzeniowych), cechujący się powolnym ekspansywnym wzrostem, bez histologicznych cech złośliwości. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz badaniem neuroobrazowym, dwufazowym TK głowy lub MRI.	U2 M/P2
20	Pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass)	kardiologiczne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), polegające na utworzeniu by-passu (obwodnicy, pomostu) z wykorzystaniem: żyły odpiszczelowej pobranej z podudzia, tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej (LIMA) lub prawej (RIMA), tętnicy promieniowej pobranej z przedramienia lub sztucznego naczynia, w celu przywrócenia właściwego przepływu krwi z aorty do zwężonych lub zamkniętych tętnic wieńcowych, wykonywane w znieczuleniu ogólnym, z wykorzystaniem lub bez wykorzystania krążenia pozaustrojowego. Każdy zabieg wymaga poprzedzenia badaniem koronarograficznym oraz kwalifikacją lekarza kardiologa i kardi chirurga. Za metody kardiologiczne uznaje się: CABG (coronary artery bypass grafting) – pomostowanie tętnic wieńcowych z użyciem krążenia pozaustrojowego; OPCAB (off-pumping coronary artery bypass) – pomostowanie tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego; MIDCAB (minimally invasive direct coronary artery bypass) – małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych; PACAB (port access coronary artery bypass) – chirurgia naczyń wieńcowych poprzez ograniczony dostęp; TECAB (totally endoscopic coronary artery bypass) – roboty kardiologiczne; MIDCAB+PCI – hybrydowe leczenie choroby wieńcowej. Pojęcie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonanej bez jednoczesnego zastosowania MIDCAB lub innej wymienionej powyżej.	D1 M/P
21	Porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku	schorzenie neurologiczne (paraplegia, tetraplegia) polegające na całkowitej niemożności wykonywania ruchu, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni, spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego i/lub mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, chirurgii lub neurologii, b) jednoznaczne potwierdzenie uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub mózgu w badaniach obrazowych,	U2 M/P2
22	Przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C	zdiagnozowane w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie obejmującym tę jednostkę chorobową zmiany chorobowe mięszu wątroby pod postacią aktywnego procesu zapalnego, trwające co najmniej 6 miesięcy, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych, przede wszystkim badania histopatologicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) dodatni wynik badania histopatologicznego, c) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia, d) zakwalifikowanie do przeszczepu wątroby.	U2 M/P2

23	Ropień mózgu	powikłanie sepsy. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego sepsy w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi, c) powikłania w badaniach obrazowych.	U2 M/P2
24	Sepsa (posocznica)	zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodującym powstanie powikłań w postaci ropni w narządach mięszszowych. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi, c) powikłań w badaniach obrazowych.	U2 D2 M/P2
25	Stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM)	jednostka chorobowa spełniająca następujące kryteria: – trwale zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózek inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, – obecność charakterystycznego obrazu w NMR (tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielizacyjnych), – obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym.	U1 M/P1
26	Śpiączka	stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. Pojęcie śpiączka nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających bądź nadużyciem leków.	D1 M/P
27	Tężec	zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), poparte dodatnim wywiadem, co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i anatoksyną.	U2 D2 M/P2
28	Transplantacja jednego z głównych narządów	zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli osoba, której dotyczy zdarzenie jest biorcą, potwierdzony dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie.	D1 M/P
29	Udar mózgu	nagły incydent mózgowo-naczyniowy, powodujący neurologiczne następstwa oraz trwale zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorom i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiennych oraz wylewów podopajęczynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu.	D1 M/P
30	Utrata kończyny	amputacja co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazowa lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględny wskazaniami do jej amputacji, na poziomie uda (powyżej stawu kolanowego) i/lub na poziomie ramienia (powyżej stawu łokciowego). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest udokumentowanie leczenia szpitalnego w oddziale chirurgii lub ortopedii.	U2 M/P2
31	Utrata mowy	nieodwracalna, całkowita utrata zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krtani oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności rozszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy.	U1 D2 M/P1
32	Utrata słuchu	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.	U1 D2 M/P1
33	Utrata wzroku	całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych i zaopatrzenia medycznego. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepotą nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.	U1 D2 M/P1
34	Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zmiany chorobowe mięszszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zachorowania WZW B za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlATiAspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-HbcIqM+++).	U1 D2 M/P1
35	Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)	zmiany chorobowe mięszszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej - stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.), – obecność przeciwciał anty-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR .	U1 M/P1
36	Wstrząs anafilaktyczny	ciężka postać anafilaksji (3 i 4 stadium), alergicznej reakcji organizmu ludzkiego na alergen, objawiająca się głębokimi zaburzeniami (niewydolnością) układu krążenia, oddychania i trawiennego, wymagająca leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) potwierdzenie w dokumentacji medycznej wystąpienia ciężkiej postaci: hipotonii, obrzęku krtani, bronchospazmu, zaburzeń świadomości i dyspepsji, c) wynik badania potwierdzający wzrost poziomu przeciwciał IgE.	U2 M/P2
37	Wszczepienie sztucznej zastawki serca	pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach.	U1 D2 M/P1
38	Wścieklizna	śmiertelna choroba wirusowa, wywołana przez wirus Rabies virus (RABV) drogą zakażenia bezpośredniego, wymagająca hospitalizacji i leczenia szczepionkami i/lub anatoksyną. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych schorzenia przez lekarza medycyny, b) potwierdzenie zdarzenia pokąsania przez zwierzę, c) potwierdzenie przez lekarza weterynarii zakażenia zwierzęcia.	U2 D2 M/P2

39	Zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zakażenie wirusem upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzone wynikami badań krwi. Dla uznania zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/ μ l, celem eliminacji wyniku „falszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi.	U1 D2 M/P1
40	Zakażona martwica trzustki	ciężka postać ostrego zapalenia trzustki, pod względem anatomicznym cechująca się nieodwracalnym uszkodzeniem trzustki i tkanek okołotrzustkowych pod postacią martwicy, objawiająca się bólem w jamie brzusznej i wzrostem aktywności enzymu amylazy we krwi i w moczu, wymagająca leczenia szpitalnego. Pojęcie nie obejmuje ostrego zapalenia trzustki będącego następstwem spożycia alkoholu lub alkoholizmu. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tej jednostki chorobowej obejmuje wypłatę świadczenia jedynie za pierwszorazowe zachorowanie. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę endokrynologa, internistę lub chirurga, b) potwierdzenie zakażenia tkanek martwiczych trzustki dodatnim wynikiem posiewu materiału uzyskanego drogą biopsji aspiracyjnej lub laparotomii.	U2 M/P2
41	Zator tętnicy płucnej (ZTP)	mechaniczne zatkanie tętnicy płucnej lub jej rozgałęzienia, lub skurcz tych naczyń, wywołane skrzepliną, doprowadzające do zaburzenia krążenia płucnego i upośledzenia ukrwienia mięszu płucnego, manifestujące się objawami klinicznymi: dusznością wysiłkową i/lub spoczynkową, bólami w klatce piersiowej, tachypnoe. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) jednoznaczne potwierdzenie rozpoznania: scyntyografią perfuzyjną płuc, angiografią tętnicy płucnej, spiralną tomografią komputerową z podaniem kontrastu (sCT), przez przełykową echokardiografią (TEE) lub rezonansem magnetycznym, c) potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym.	U2 M/P2
42	Zawał serca	martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamiennym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego.	D1 M/P

ZAŁĄCZNIK NR 3

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

UKŁAD NERWOWY		
Nazwa procedury		Klasa
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
3	Wentrykulostomia	II
4	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
5	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
6	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
7	Rekonstrukcja opony twardej	I
8	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	I
10	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I
11	Wycięcie nerwu obwodowego	III
12	Zniszczenie nerwu obwodowego	III
13	Uwolnienie nerwu obwodowego	III
14	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	II
15	Sympatektomia szyjna	II
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY		
Nazwa procedury		Klasa
16	Wycięcie tarczycy całkowite	II
17	Wycięcie tarczycy częściowe	III
18	Wszczepienie protezy piersi	II
19	Wycięcie zmiany sutka	III
20	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III
OKO		
Nazwa procedury		Klasa
21	Wycięcie gałki ocznej	II
22	Protezowanie gałki ocznej	III
23	Rewizja protezy gałki ocznej	III
24	Operacyjna plastyka oczodołu	II
25	Nacięcie oczodołu	III
26	Rekonstrukcja powieki	III
27	Korekcja deformacji powieki	III
28	Nacięcie powieki	III
29	Ochronne zszycie szpary powiekowej	III
30	Operacja gruczołu łzowego	III
31	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
32	Operacja kanału łzowego	III
33	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
34	Operacja naprawcza spojówki	III
35	Plastyka rogówki	II
36	Operacja naprawcza rogówki	III
37	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	II
38	Wycięcie tęczówki	III
39	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
40	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
41	Nacięcie torebki soczewki oka	III
42	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
43	Operacja ciała szklistego	II
UCHO		
Nazwa procedury		Klasa
44	Wycięcie ucha zewnętrznego	II
45	Plastyka ucha zewnętrznego	II
46	Drenaż ucha zewnętrznego	III
47	Otwarcie wyrostka sutkowatego	II
48	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
49	Drenaż ucha środkowego	III
50	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
51	Operacja naprawcza ucha wewnętrznego	II
UKŁAD ODDECHOWY		
Nazwa procedury		Klasa
52	Wycięcie nosa	II
53	Plastyka nosa	II

54	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III
55	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III
56	Operacja nosa zewnętrznego	III
57	Operacja naprawcza gardła	II
58	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II
59	Wycięcie krtani	II
60	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
61	Rekonstrukcja krtani	I
62	Częściowe wycięcie tchawicy	I
63	Plastyka tchawicy	II
64	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II
65	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III
66	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
67	Częściowe usunięcie oskrzela	II
68	Przeszczep płuca	I
69	Wycięcie płuca	I
70	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
71	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
72	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA		
Nazwa procedury		Klasa
73	Częściowe wycięcie wargi	III
74	Korekcja deformacji wargi	II
75	Wycięcie języka	II
76	Korekcja deformacji podniebienia	II
77	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
78	Wycięcie ślinianki	III
79	Nacięcie gruczołu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		
Nazwa procedury		Klasa
80	Wycięcie przetyku i żołądka	I
81	Całkowite wycięcie przetyku	I
82	Częściowe wycięcie przetyku	II
83	Zespolenie omijające przetyku	I
84	Rewizja zespolenia przetyku	II
85	Operacja naprawcza przetyku	I
86	Wytworzenie przetoki przetykowej	II
87	Nacięcie przetyku	II
88	Wprowadzenie endoprotezy przetyku metodą otwartą	II
89	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
90	Całkowite wycięcie żołądka	I
91	Częściowe wycięcie żołądka	II
92	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
93	Zespolenie żołądkowo-czcze	II
94	Gastrostomia	III
95	Pyloromyotomia	II
96	Wycięcie dwunastnicy	II
97	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
98	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
99	Wycięcie jelita czczego	II
100	Jejunostomia	II
101	Zespolenie omijające jelita czczego	II
102	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
103	Wycięcie jelita krętego	II
104	Zespolenie omijające jelita krętego	II
105	Rewizja zespolenia jelita krętego	II
106	Wytworzenie ileostomii	II
107	Rewizja ileostomii	II
108	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II

DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		
Nazwa procedury		Klasa
109	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
110	Całkowite wycięcie okrężnicy	I
111	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
112	Resekcja poprzecznicy	II
113	Lewostronna hemikolektomia	II
114	Wycięcie esicy	II
115	Zespolenie omijające okrężnicy	II
116	Wylonienie jelita ślepego	II
117	Nacięcie okrężnicy	II
118	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
119	Wycięcie odbytnicy	I
120	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
121	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
122	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
123	Wycięcie odbytu	II
124	Operacja naprawcza odbytu	II
125	Drenaż przez okolicę krocza	III
INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		
Nazwa procedury		Klasa
126	Przeszczep wątroby	I
127	Częściowe wycięcie wątroby	I
128	Operacja naprawcza wątroby	III
129	Nacięcie wątroby	III
130	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
131	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
132	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
133	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
134	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
135	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
136	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
137	Zespolenie przewodu wątrobowego	I
138	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
139	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
140	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
141	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
142	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
143	Przezskórną rewizję połączenia przewodu żółciowego	III
144	Przezskórną implantację protezy przewodu żółciowego	III
145	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III
146	Całkowite wycięcie trzustki	I
147	Wycięcie głowy trzustki	I
148	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
149	Całkowite wycięcie śledziony	II
150	Operacja naprawcza śledziony	III
SERCE		
Nazwa procedury		Klasa
151	Przeszczep płuc i serca	I
152	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
153	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca	I
154	Operacja naprawcza mięśnia sercowego	II
155	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
156	Wycięcie osierdzia	I
157	Drenaż osierdzia	II
158	Nacięcie osierdzia	II
NACZYNIĄ TĘTNICZE ORAZ ŻYLNIE		
Nazwa procedury		Klasa
159	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
160	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
161	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
162	Przezskórną operację tętnicy płucnej	II
163	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
164	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
165	Plastyka aorty	I
166	Przeznaczyniowa operacja aorty	II
167	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
168	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	II

169	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	II
170	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
171	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
172	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
173	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	II
174	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
175	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
176	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
177	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	II
178	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
179	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	III
180	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
181	Wycięcie innej tętnicy	III
182	Operacja naprawcza innej tętnicy	III
183	Zespolenie tętniczo-żylne	III
184	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
185	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
186	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
UKŁAD MOCZOWY		
Nazwa procedury		Klasa
187	Przeszczep nerki	II
188	Całkowite wycięcie nerki	II
189	Częściowe wycięcie nerki	II
190	Zabieg naprawczy nerki	II
191	Wycięcie moczowodu	II
192	Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
193	Reimplantacja moczowodu	II
194	Operacja naprawcza moczowodu	II
195	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
196	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
197	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
198	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
199	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
200	Wycięcie cewki moczowej	II
201	Operacja naprawcza cewki moczowej	II
202	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
203	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III
NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE		
Nazwa procedury		Klasa
204	Usunięcie moszny	III
205	Obustronne wycięcie jąder	II
206	Usunięcie jednego jądra	III
207	Protezowanie jądra	III
208	Operacja wodniaka jądra	III
209	Operacja najądrza	III
210	Wycięcie nasieniowodu	III
211	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
212	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
213	Amputacja prącia	II
214	Operacja plastyczna prącia	III
215	Protezowanie prącia	III
ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY		
Nazwa procedury		Klasa
216	Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
217	Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
218	Wycięcie pochwy	III
219	Operacja plastyczna pochwy	III
220	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
221	Plastyka sklepienia pochwy	III
222	Wycięcie szyjki macicy	III
223	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
224	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
225	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
226	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
227	Częściowe wycięcie jajowodu	III
228	Wszczepienie protezy jajowodu	III
229	Nacięcie jajowodu	II
230	Częściowe wycięcie jajnika	III

231	Operacja naprawcza jajnika	III
232	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
233	Operacja innego więzadła macicy	III
SKÓRA		
Nazwa procedury		Klasa
234	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
235	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
236	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	III
237	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
238	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	II
239	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
240	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
241	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
242	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
243	Przeszczep płata śluzówki	III
244	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
245	Przeszczep śluzówki	III
246	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
247	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
248	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III
TKANKI MIĘKKIE		
Nazwa procedury		Klasa
249	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
250	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
251	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
252	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
253	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
254	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
255	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
256	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
257	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
258	Plastyka przepukliny pępkowej	III
259	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III
260	Operacja dotycząca pępka	III
261	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
262	Operacja naprawcza krezki, sieci i otrzewnej	III
263	Przeszczep powięzi	III
264	Wycięcie powięzi brzucha	III
265	Operacja kaletki	III
266	Przełożenie ścięgna	III
267	Wycięcie ścięgna	III
268	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
269	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
270	Uwolnienie ścięgna	III
271	Wycięcie pochewki ścięgna	III
272	Przeszczep mięśnia	II
273	Wycięcie mięśnia	III
274	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	III
275	Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
KOŚCI ORAZ STAWY		
Nazwa procedury		Klasa
276	Operacja naprawcza czaszki	II
277	Otwarcie czaszki	I
278	Wycięcie kości twarzy	III
279	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
280	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
281	Wycięcie żuchwy	II
282	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
283	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
284	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
285	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
286	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
287	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
288	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
289	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
290	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
291	Całkowita rekonstrukcja kciuka	II

292	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
293	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
294	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
295	Całkowite wycięcie kości	III
296	Wycięcie kości ektopowej	III
297	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
298	Kątowe okolostawowe rozdzielenie kości	II
299	Rozdzielenie trzonu kości	II
300	Rozdzielenie kości stopy	III
301	Drenaż kości	III
302	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
303	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
304	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
305	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
306	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
307	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	III
308	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
309	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	II
310	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	II
311	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów	II
312	Protezowanie głowy kości udowej	II
313	Protezowanie głowy kości ramiennej	II
314	Protezowanie stawu innej kości	III
315	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
316	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym wewnątrzstawowym	III
317	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
318	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
319	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
320	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
321	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	III
322	Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
323	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
324	Protezowanie ścięgna	III
325	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
326	Uwolnienie przykurczu stawu	III
327	Operacja struktur okolostawowych palucha	III
328	Terapeutyczna artroskopia stawu	III
RÓŻNE		
Nazwa procedury		Klasa
329	Reimplantacja kończyny górnej	II
330	Reimplantacja kończyny dolnej	II
331	Reimplantacja innego narządu	II
332	Wszczepienie protezy kończyny	I
333	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
334	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	II
335	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
336	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	II
337	Amputacja palucha	III
338	Całkowita amputacja palucha	III
339	Całkowita amputacja palca ręki lub stopy	III
340	Usunięcie zespolenia po otwartym nastawieniu złamania kości	III

ZAŁĄCZNIK NR 4

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424

TABELA WAD WRODZONYCH

Lp.	Symbol ICD-10	Rodzaj Wad wrodzonych
1	Q00	bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
2	Q01	przepuklina mózgowa
3	Q02	małogłowie
4	Q03	wodogłowie wrodzone
5	Q04	inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
6	Q05	rozszczep kręgosłupa
7	Q06	inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
8	Q07	inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
9	Q10	wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
10	Q11	bezocze, małowocze i wielkowocze
11	Q12	wrodzone wady rozwojowe soczewki
12	Q13	wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
13	Q14	wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
14	Q15	inne wrodzone wady rozwojowe oka
15	Q16	wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
16	Q17	inne wrodzone wady rozwojowe ucha
17	Q18	inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
18	Q20	wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
19	Q21	wrodzone wady rozwojowe przegród serca
20	Q22	wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
21	Q23	wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
22	Q24	inne wrodzone wady rozwojowe serca
23	Q25	wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic
24	Q26	wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
25	Q27	inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
26	Q28	inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia
27	Q30	wrodzone wady rozwojowe nosa
28	Q31	wrodzone wady rozwojowe krtani
29	Q32	wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
30	Q33	wrodzone wady rozwojowe płuc
31	Q34	inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego
32	Q35	rozszczep podniebienia
33	Q36	rozszczep wargi
34	Q37	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
35	Q38	inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani
36	Q39	wrodzone wady rozwojowe przełyku
37	Q40	inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego
38	Q41	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
39	Q42	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
40	Q43	inne wrodzone wady rozwojowe jelit
41	Q44	wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
42	Q45	inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego
43	Q50	wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
44	Q51	wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
45	Q52	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
46	Q53	niezstąpienie jąder
47	Q54	spodziectwo
48	Q55	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich
49	Q56	pleć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
50	Q60	niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej
51	Q61	wielotorbielowość nerek
52	Q 62	wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
53	Q63	inne wrodzone wady rozwojowe nerek
54	Q64	inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
55	Q65	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego

56	Q66	wrodzone zniekształcenia stopy
57	Q67	wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
58	Q68	inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
59	Q69	palce dodatkowe
60	Q70	zrost palców
61	Q71	zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
62	Q72	zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
63	Q73	zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
64	Q74	inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y)
65	Q75	inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
66	Q76	wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej
67	Q77	dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
68	Q78	inne osteochondrodysplazje
69	Q79	wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
70	Q80	wrodzona rybia łuska
71	Q81	pęcherzowe oddzielanie naskórka
72	Q82	inne wrodzone wady rozwojowe skóry
73	Q83	wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
74	Q84	inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
75	Q85	choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy)
76	Q86	zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
77	Q87	inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
78	Q89	inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
79	Q90	zespół Downa
80	Q91	zespół Edwardsa i zespół Patau
81	Q92	inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
82	Q93	monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
83	Q95	zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
84	Q96	zespół Turnera
85	Q97	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej
86	Q98	inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
87	Q99	inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA
BRP-1218**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 12

SUPER GRUPA

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1218

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1218 (dalej: OWUIK) mają zastosowanie do umów Indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej: umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia) zawieranych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

1. Ilekroć w niniejszych OWUIK użyto określenia:

- 1) **Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartą z Towarzystwem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składek.
- 2) **Ubezpieczony** – rozumie się przez to osobę fizyczną, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową, w rozumieniu OWUIK Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
- 3) **Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- 4) **suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWUIK do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty).
- 6) **wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- 7) **wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- 8) **wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- 9) **rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- 10) **okres polisowy** – okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia; okresem polisowym, o którym mowa wyżej, w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek, może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok.
- 11) **ubezpieczenie na życie SUPER GRUPA** – oferowane przez Towarzystwo w formule grupowej lub zbiorowej ubezpieczenie SUPER GRUPA zawierane na podstawie ogólnych warunków otwartego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GRUPA lub zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.
- 12) **sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne - jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe - freeskating, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne - abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne - ewolucje na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- 13) **nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.

2. Pojęcia używane w OWUIK i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej, świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 poniżej.

2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA:

- 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego: 50%,
- 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 100%,
- 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%,
- 4) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%,
- 5) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%.

UMOWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 3.

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) Ubezpieczony ukończył wiek wskazany w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA, jako skutkujący względem tego Ubezpieczonego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA, co najmniej 5 lat w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i należna za niego składka z tego tytułu została opłacona,
- 3) Ubezpieczający złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłacił z tego tytułu pierwszą składkę ubezpieczeniową.

zasady zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 4.

1. Umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia powinien być złożony nie później niż do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA wygasa ze względu na ukończenie przez niego określonego w tej umowie wieku. Po upływie tego terminu prawo do złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wygasa.
3. We wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczający określa sposób opłacania składek.
4. We wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wskazania Beneficjenta.
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa

§ 5.

1. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
2. Umowę uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie.

czas trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 6.

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy.
2. W przypadku, gdy nie później niż 30 dni przed dniem zakończenia 5 letniego okresu ubezpieczenia, żadna ze stron umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub Towarzystwo nie złoży propozycji przedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na zmienionych warunkach, ulega ona przedłużeniu na kolejny 5-letni okres na warunkach dotychczasowych.
3. Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres.

odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 7.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia.
2. O odstąpieniu od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.

- Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
- Odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- W przypadku odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia § 8.

- Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- Wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wypowiedzenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

SUMA UBEZPIECZENIA § 9.

Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia obowiązującej względem Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 10.

- Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk ustalana jest według następujących kryteriów:
 - suma ubezpieczenia,
 - wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - wiek Ubezpieczonego.
- Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia określa sposób opłacania składki:
 - miesięcznie,
 - kwartalnie,
 - półrocznie,
 - rocznie.
- Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę na wskazany przez Towarzystwo numer rachunku bankowego.
- Pierwsza składka ubezpieczeniowa za Ubezpieczonego płatna jest do dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- Każda kolejna składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry, najpóźniej do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa.
- Ubezpieczający może w każdym czasie obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wystąpić do Towarzystwa z pisemnym wnioskiem o zmianę sposobu opłacania składki ubezpieczeniowej.
- Nowy sposób opłacania składki ubezpieczeniowej obowiązuje od pierwszej rocznicy polisy następującej po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 9 powyżej.
- W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając, dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
- Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 8 powyżej.
- W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 11.

- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - w dniu otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu Ubezpieczającego od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia,
 - z upływem okresu wypowiedzenia,
 - z upływem 5-letniego okresu ubezpieczenia w przypadku nieprzedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
 - w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 12 OUWIK,
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 12.

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - popelnienia lub usiłowania popelnienia przestępstwa umyślnego przez Ubezpieczonego,
 - działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - uprawiania następujących sportów:
 - sportów lotniczych,
 - sportów walki,
 - sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - wszelkich form alpinizmu,
 - speleologii,
 - sportów ekstremalnych.
 - popelnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA,
 - zatrucia spowodowanego spożyciem/spożywaniem alkoholu, użyciem/używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, w szczególności skutkującego uszkodzeniami narządów wewnętrznych (np. mózgu, trzustki, wątroby) oraz zespołem zależności alkoholowej,
 - działania/zaniechania w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - samookaleczenia.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 13.

- Uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest Beneficjent.
- Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
- W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 14.

- Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, umowy zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem do jednostki organizacyjnej Towarzystwa.
- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
- W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej są:
 - odpis skrócony aktu zgonu,
 - dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego (notatka policyjna, postanowienie prokuratury wraz z uzasadnieniem, protokół wypadkowy),
 - prawo jazdy Ubezpieczonego,
 - dokument tożsamości osoby uprawnionej.
- Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.
- Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa 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.
- Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

- Świadczenia wypłacane z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
- Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.
- Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
- Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE I SKARGI § 15.

- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej do świadczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji.
- Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
- Reklamacja może być złożona:
 - na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,
 - ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,
 - w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@viennialife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.
- Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- Odpowiedzi na reklamacje są udzielane w postaci papierowej lub:
 - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osób uprawnionych do świadczenia oraz spadkobierców posiadających interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej oraz Ubezpieczającego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy o prawach konsumenta.
- Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie uprawnionej do świadczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację; niewykonania czynności wynikających z reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, osoba uprawniona do świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, ma prawo
 - złożyć wniosek o poddanie sporu z Towarzystwem pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).
 - wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
- Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wola skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.
- Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwia dochodzenie roszczeń, wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to kontakt@viennialife.pl.

DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

§ 16.

Towarzystwo nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17.

- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonemu lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Spory wynikające z umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
- Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
- Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
- Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWUIK.
- Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUIK mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
- Wszelkie zmiany w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust.1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 roku Nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 roku Nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
- Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
- Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa www.viennialife.pl.
- Niniejsze OWUIK wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 r.
- Niniejsze OWUIK zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działająca pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu

PAKIET USŁUG ASSISTANCE

REGULAMIN uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

1. Organizatorem Programu „Pakiet Usług Assistance” jest Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie adres: Aleje Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000043309, NIP 527-20-52-806, kapitał zakładowy 311 843 763 zł, opłacony w całości (dalej: Towarzystwo).
2. Uczestnikami Programu „Pakiet Usług Assistance” mogą być wyłącznie osoby ubezpieczone w ramach umowy:
 - 1) grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA (zgodnie z treścią OWDU SUPER GWARANCJA)
 - 2) ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (zgodnie z treścią OWU SUPER GRUPA)
 - 3) ubezpieczenia na życie SENIOR.
3. Warunkiem uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest wyrażenie przez Ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 2, pisemnej zgody na uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” poprzez złożenie stosownego oświadczenia w deklaracji zgody / wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance”:
 - 1) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 1) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Gwarancja, którego treść stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
 - 2) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 2) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Grupa, którego treść stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
 - 3) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 3) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Senior, którego treść stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
5. Prawo do korzystania z usług Programu „Pakiet Medyczny” posiadają również Małżonkowie Uczestników, o których mowa w pkt 2.
6. Uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest bezpłatne.
7. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance” mają prawo korzystać z usług assistance od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło prawidłowe, za dany miesiąc rozliczenie umowy ubezpieczenia uprawniającej do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance”, zgodnie z postanowieniami pkt 2.
8. Prawo Uczestnika do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” wygasa w dniu ustania warunku uprawniającego go do uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, o którym mowa w pkt 2 niniejszego Regulaminu.
9. Program „Pakiet Usług Assistance” obowiązuje od dnia 1 października 2024 roku do dnia jego odwołania przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z zastrzeżeniem, iż szczegółowe warunki świadczenia usług względem Uczestników Programu „Pakiet Usług Assistance” określają warunki danego pakietu usług obowiązujące w dniu, w którym względem poszczególnych Uczestników rozpoczyna się ich uprawnienie do korzystania z usług assistance zgodnie z postanowieniami pkt 7.
10. Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w treści niniejszego Regulaminu.
11. O dokonanych, w treści niniejszego Regulaminu, zmianach wpływających na warunki Programu „Pakiet Usług Assistance”, bądź zakończeniu Programu „Pakiet Usług Assistance” Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie Ubezpieczonych:
 - a) bezpośrednio lub
 - b) za pośrednictwem Ubezpieczającego w przypadku umów, w których Ubezpieczony nie jest jednocześnie Ubezpieczającym.
12. Dokonanie przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group powyższych zmian bądź odwołanie Programu „Pakiet Usług Assistance” nie wymaga zgody jego Uczestników.
13. W przypadku zmian treści niniejszego Regulaminu lub odwołania Programu „Pakiet Usług Assistance” Ubezpieczonym przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia.
14. Aktualnie obowiązująca treść Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” oraz załączników nr 1, 2, 3 do tego Regulaminu dostępna jest również na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem www.viennalife.pl.

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy podstawowej SUPER GRUPA

§1. DEFINICJE

1. **Ubezpieczony** - osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia zawartej w ramach Programu „Pakiet Usług Assistance” organizowanego przez Ubezpieczającego;
2. **Ubezpieczający** - Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group;
3. **Ubezpieczyciel** - Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 6691, posiadająca nadany numer NIP: 526 02 14 686, zwana dalej również COMPENSA;
4. **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia grupowego zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych;
5. **Umowa podstawowa** - zawarta z Ubezpieczającym umowa ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA;
6. **Miejsce zamieszkania** - lokal mieszkalny lub dom jednorodzinny pod adresem zamieszkania albo adresem korespondencyjnym Ubezpieczonego, pod warunkiem, że adres ten znajduje się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
7. **Miejsce pobytu** - adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgłaszając do Centrum Pomocy prośbę o pomoc;
8. **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione, w wieku do 18 lat;
9. **Osoba niesamodzielną** - osoba, która zamieszkuje z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i z powodów zdrowotnych nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego;
10. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagle zdarzenie, które miało miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie, którego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
11. **Choroba** - reakcja organizmu, która miała miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
12. **Choroba przewlekła** - stan chorobowy zdiagnozowany lub będący w trakcie diagnozowania przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, za chorobę przewlekłą uważa się też chorobę stale lub okresowo poddawaną leczeniu ambulatoryjnemu albo będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed datą rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej;
13. **Lekarz uprawniony** - lekarz – konsultant Centrum Alarmowego;
14. **Lekarz prowadzący** - lekarz, odpowiedzialny za proces leczenia Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
15. **Placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
16. **Rodzic Małżonka Ubezpieczonego** - rodzic Małżonka Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka Ubezpieczonego;
17. **Rodzic Ubezpieczonego** - rodzic Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
18. **Sprzęt rehabilitacyjny** - sprzęt zalecony przez lekarza prowadzącego, niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
19. **Okres odpowiedzialności** - okres, w którym Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego ma prawo korzystać z usług assistance, wskazanych w paragrafie 3., rozpoczynający się w dniu zgłoszenia danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego do programu „Pakiet Usług Assistance” oraz kończący w dniu, w którym Ubezpieczający zgłosił Ubezpieczycielowi wystąpienie danego Ubezpieczonego z programem.

§2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego w zakresie określonym w paragrafie 3.

§3. Zakres usług assistance świadczonych Ubezpieczonemu

1. Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

- 1) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
- 2) pokrycie kosztów leków dostarczonych do miejsca pobytu do kwoty 300 PLN w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
- 3) transport medyczny z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagającego pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 4) dostarczenie rzeczy osobistych - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby przebywa w szpitalu dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia pokrycie kosztów przesłania kurierem rzeczy osobistych z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do placówki medycznej. Koszty świadczenia są pokrywane do kwoty 150 PLN na każde zdarzenie;
- 5) przyjazd członka rodziny - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest hospitalizowany dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia organizację i pokrycie kosztów przejazdu członka rodziny (bilety autobusowe lub kolejowe I klasy) oraz zakwaterowanie w hotelu. Koszty wyżej wymienionych świadczeń są pokrywane do łącznej kwoty 300 PLN na każde zdarzenie;
- 6) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku, gdy w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 7) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 8) pomoc domową oraz pielęgniarską - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- 9) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt rehabilitanta w domu do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, albo
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- 10) organizacja wypożyczenia oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Ubezpieczyciel:

 - a) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- 11) pomoc psychologa - jeżeli na skutek zdarzeń losowych takich jak:
 - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego,
 - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego,
 - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego oraz Rodziców Małżonka Ubezpieczonego,
 - d) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa.

- 12) wizyta lekarska w przypadku nieszczęśliwego wypadku – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 13) wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego.
2. Wszystkie wymienione powyżej usługi świadczone są do kwoty 1600 PLN oddzielnie dla Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego z zastrzeżeniem, że limity wymienione w pkt 2,4,5,8, 9 i 10. zawierają się w tej kwocie. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
 3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 1, decyduje lekarz uprawniony.
 4. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego:
 - informację o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - informację o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - informację o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - informację o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - informację o dietach, zdrowym żywieniu;
 - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem
 - uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciela.
 5. Tabela (limity świadczeń):

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego	Zakres	Limity	Uprawniony do świadczenia
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do łącznego limitu	Ubezpieczony lub małżonka/małżonek
	Pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do 300 PLN	
	Transport medyczny z miejsca zamieszkania do Placówki medycznej	do łącznego limitu	
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami		
	Transport medyczny z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania		
	Dostarczenie rzeczy osobistych	do 150 PLN	
	Przyjazd Członka rodziny	do 300 PLN	
	Pomoc domowa oraz pielęgniarska	do 500 PLN	
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	Zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyty fizjoterapeuty w domu do 600 PLN Zorganizowanie oraz pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 PLN	
	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	Zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu do łącznej kwoty 400 PLN Pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 PLN	
Trudna sytuacja losowa	Pomoc psychologa		
Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	do łącznego limitu	
	Wizyta pielęgniarska		
Na życzenie	Infolinia medyczna	Nie dotyczy	
	Infolinia informacyjna	Nie dotyczy	

§4. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
 - 1) kosztów poniesionych w wyniku zdarzeń zaistniałych przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego);

- 3) kosztów powstałych z tytułu i w bezpośrednim następstwie:
 - a) popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny Skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Wykroczeń (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego);
 - b) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub próby popełnienia samobójstwa podjętej przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich poczytalności;
 - c) katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
 - d) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;
 - e) leczenia sanatoryjnego, fizyoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - f) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzo-woszczękowego;
 - g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją: wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - h) pozostawiania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - i) chorób psychicznych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
 - j) chorób przewlekłych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
 - k) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szymbownictwo, wyścigi oraz rajdy samochodowe i motocyklowe;
 - l) poddania się przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowemu, chyba, że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza prowadzącego;
 - m) zachorowania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego na Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - n) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub osób działających z ich upoważnienia i/lub w ich imieniu; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba, że umowa lub warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§5. Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W razie zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego jest obowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 22 295 82 01 do Centrum Alarmowego i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony / Małżonek Ubezpieczonego),
 - 2) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 5) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Alarmowego do realizacji usług assistance.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
3. Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego.

§6. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i 3. Wypowiedzenie umowy nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania umowy. Od pierwszego dnia czwartego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostało złożone, przez którąkolwiek ze Stron, oświadczenie o wypowiedzeniu umowy, Ubezpieczający zobowiązany jest do zaprzestania zgłaszania do Umowy Ubezpieczenia osób objętych przez Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA oraz GRUPA+.
2. Dla osób zgłoszonych do ubezpieczenia, przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa z tego tytułu kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
3. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, którymi Ubezpieczyciel posługuje się przy jej realizacji, niezależnie od ust. 1.
4. Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego opóźnienia w zapłacie składki,

trwającego ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień umowy. Rozwiązanie umowy w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni, niezależnie od ust. 1.

5. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.
6. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy składając Ubezpieczającemu oświadczenie na piśmie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to winno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

§7 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
2. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Pomocy, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia rozmiaru skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi assistance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współzycia społecznego bądź względem słuszności.

§8 Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Prawo do wniesienia reklamacji przysługuje:
 - 1) będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu, uprawnionemu z umowy oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z umowy;
 - 2) będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce COMPENSY, w której zakresie obowiązków jest obsługa klientów.
4. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście w jednostce COMPENSY obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem 22 501 61 00;
 - 3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce COMPENSY obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna;
 - 4) w postaci elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@compensa.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.
5. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;
 - 2) dres osoby wnoszącej reklamację;
 - 3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana;
 - 4) PESEL;
 - 5) numer dokumentu ubezpieczenia (certyfikatu) lub nr szkody.
6. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.
7. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSA bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 6, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:
 - 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
 - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamację COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółka i nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
10. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
11. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).
12. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami powyżej, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności COMPENSY.
13. Do skargi określonej w ust. 12 zastosowanie znajdują postanowienia dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony

ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem ust. 9. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

14. Informujemy o możliwości pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwiła dochodzenie roszczeń wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z 21 maja 2013 roku w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma jest dostępna na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Adres e-mail COMPENSY: reklamacje@compensa.pl.
15. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
16. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
17. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
18. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.



VIENNA INSURANCE GROUP

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 311 843 763 zł – opłacony w całości

Tel: 22 460 22 22