



**Ogólne warunki umów dodatkowych
na życie i zdrowie**

Ogólne warunki umów dodatkowych na życie i zdrowie



SPIS TREŚCI

Karta Produktu umowy dodatkowe na życie lub zdrowie UD-UKP-0625	2
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku CTUNW-OWDU-0625	14
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego LNZ-OWDU-0625	30
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej OPER-OWDU-0625	40
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w wyniku wypadku OPERNW-OWDU-0625	50
Tabela operacji chirurgicznych	60
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu SZP-OWDU-0625	74
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku SZPNW-OWDU-0625	86
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania PZ-OWDU-0625	96
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku ZNW-OWDU-0625	120
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego ZWK-OWDU-0625	128
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku TNNW-OWDU-0625	136
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy TN-OWDU-0625	146
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku TUNW-OWDU-0625	156
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku TUNWPAK-OWDU-0625	166
Tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązująca dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku od 3 miesięcy do 17 lat	176
Tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązująca dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku 18 lat lub starszych	177
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu NZ-OWDU-0625	196
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (Ekspercka Opinia Medyczna EOM) EOM-OWDU-0625	206
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia za granicą LZG-OWDU-0625	214
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia (Assistance medyczny) AS-OWDU-0625	232
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności konsultacji medycznych (e-konsultacje) TELEMED-OWDU-0625	244
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia „Twoje zdrowie” STMED-OWDU-0625	254
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy POSTN-OWDU-0625	264
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania POSPZ-OWDU-0625	276
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego POSZ-OWDU-0625	290
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego ZPH-OWDU-0625	300
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Pakiet WSPARCIE+	308



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę główną i umowy dodatkowe (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my,” mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).



Pełne informacje o umowie znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych (nazwane dalej warunkami dodatkowego ubezpieczenia) oraz w polisie, którą potwierdzamy zawarcie z Tobą umowy i objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Ważne pojęcia używane w poszczególnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia

Pełną listę pojęć używanych w poszczególnych warunkach dodatkowych ubezpieczeń znajdziesz w każdym z tych warunków ubezpieczeń dodatkowych.

Ubezpieczający

Osoba fizyczna, prawna albo jednostka bez osobowości prawnej, która zawiera umowę dodatkową i ma obowiązek wpłacać składki za umowę dodatkową.



Jako ubezpieczający w umowie podstawowej jesteś jednocześnie ubezpieczającym w każdej umowie dodatkowej, którą zawarłeś.

Ubezpieczony

Osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy dodatkowej.



Ubezpieczonym w umowie dodatkowej zazwyczaj jest osoba będąca ubezpieczonym w umowie podstawowej. Wyjątkiem są umowy dodatkowe przejścia opłacania składek, w których ubezpieczonym jesteś zawsze Ty (czyli ubezpieczający).

Główne informacje o umowach dodatkowych

Cel i charakter umów dodatkowych

1. Celem umów dodatkowych jest ochrona życia lub życia i zdrowia ubezpieczonego, a w niektórych przypadkach – również Twojego życia lub zdrowia jako ubezpieczającego.



Niektóre umowy dodatkowe realizują aspekt społeczny, ponieważ adresują potrzeby osób, których celem jest zaspokajanie bieżących potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej przy jednoczesnym zapewnieniu przyszłym pokoleniom możliwości zaspokojenia ich własnych potrzeb (solidarność międzypokoleniowa).

Są to trzy umowy dodatkowe dotyczące przejścia opłacania składki: w wyniku poważnego zachorowania ubezpieczającego, całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczającego albo śmierci ubezpieczającego.

Zawarcie umowy dodatkowej

2. Umowy dodatkowe możesz zawrzeć wraz z umową podstawową albo w terminie płatności najbliższej składki po zawarciu umowy podstawowej.
3. Zakres umowy podstawowej możesz rozszerzyć o następujące ubezpieczenia dodatkowe:
 - 1) na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia Assistance medyczny (**AS**)
 - 2) na wypadek konieczności odbycia porady lekarskiej E-konsultacje medyczne (**TELEMED**)
 - 3) umawianie stacjonarnych wizyt lekarskich „Twoje zdrowie” (**STMED**)
 - 4) na wypadek dolegliwości zdrowotnej Ekspercka Opinia Medyczna (**EOM**)
 - 5) na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku z rentą (**CTUNW**)
 - 6) na wypadek leczenia nowotworu złośliwego (**LNZ**)
 - 7) na wypadek leczenia za granicą (**LZG**)
 - 8) na wypadek operacji chirurgicznych (**OPER**)
 - 9) na wypadek operacji chirurgicznych w wyniku wypadku (**OPERNW**)

- 10) na wypadek pobytu w szpitalu (**SZP**)
- 11) na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku (**SZPNW**)
- 12) na wypadek poważnego zachorowania (**PZ**)
- 13) przejścia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy (**POSTN**)
- 14) przejścia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania (**POSPZ**)
- 15) przejścia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego (**POSZ**)
- 16) na wypadek śmierci ubezpieczającego (**ZPH**)
- 17) na wypadek śmierci w wyniku wypadku (**ZNW**)
- 18) na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego (**ZWK**)
- 19) na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku (**TNNW**)
- 20) na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy (**TN**)
- 21) na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku (**TUNW**)
- 22) na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku & Pakiet WSPARCIE+ (**TUNWPAK**)
- 23) na wypadek zdiagnozowania nowotworu (**NZ**)

Czas trwania umowy dodatkowej i okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej

4. Dzień początku oraz okres danego ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.
5. Okres udzielania ochrony zależy od danej umowy dodatkowej:

Umowa dodatkowa	Okres ubezpieczenia dodatkowego	Maksymalny wiek ubezpieczonego, do którego może trwać ochrona
Assistance medyczny	1 rok, z możliwością automatycznego przedłużenia	65 lat
E-konsultacje medyczne	1 rok, z możliwością automatycznego przedłużenia	85 lat
„Twoje zdrowie”	1 rok, z możliwością automatycznego przedłużenia	85 lat
Ekspercka Opinia Medyczna	1 rok, z możliwością automatycznego przedłużenia	67 lat
Ciężka trwała utrata zdrowia w wyniku wypadku z rentą	równy okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej	75 lat
Leczenie nowotworu złośliwego	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Leczenie za granicą	1 rok, z możliwością automatycznego przedłużenia	67 lat
Operacje chirurgiczne	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Operacje chirurgiczne w wyniku wypadku	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Pobyt w szpitalu	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Pobyt w szpitalu w wyniku wypadku	równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej	75 lat
Poważne zachorowanie	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Przejęcie opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Przejęcie opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Przejęcie opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	85 lat
Śmierć ubezpieczającego	równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej	85 lat
Śmierć w wyniku wypadku	równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej	75 lat
Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej	70 lat
Trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku wypadku	równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej	65 lat

Umowa dodatkowa	Okres ubezpieczenia dodatkowego	Maksymalny wiek ubezpieczonego, do którego może trwać ochrona
Trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku wypadku i choroby	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	65 lat
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku & Pakiet WSPARCIE+	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat
Zdiagnozowanie nowotworu	5 lat, z możliwością automatycznego przedłużenia	70 lat

Składka za umowę dodatkową

- Składkę za daną umowę dodatkową opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanej w polisie.
- Wysokość składki za umowę dodatkową obliczamy na podstawie aktualnie obowiązującej taryfy, przy uwzględnieniu:
 - wieku ubezpieczonego,
 - wysokości sumy ubezpieczenia,
 - wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
 - długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.
- Informacje na temat wysokości składek za poszczególne umowy dodatkowe znajdziesz w polisie.
- Jeśli dana umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej i świadczenia

Zakres ochrony ubezpieczeniowej w poszczególnych umowach dodatkowych

- Wysokość i rodzaje świadczeń wskazujemy w tabeli:

Umowa dodatkowa	Wysokość lub rodzaj świadczenia	Kto jest uprawnionym do otrzymania świadczenia
Assistance medyczny	W przypadku wystąpienia w życiu ubezpieczonego następujących zdarzeń: - pogorszenie się jego stanu zdrowia, - pogorszenie się stanu zdrowia małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka, - potrzeba pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej, zorganizujemy i pokryjemy koszty usług związanych ze zdarzeniami objętymi ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia (wariant Standard lub wariant Premium), takie jak: - wizyta u lekarza w razie wypadku lub choroby, - wizyta pielęgniarki po wypadku lub przebytej chorobie, - pomoc psychologa, - zdrowotne usługi informacyjne, - infolinia „baby assistance”, - pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa. Świadczenie zrealizujemy wyłącznie na terenie Polski za pośrednictwem centrum operacyjnego czynnego całą dobę.	ubezpieczony
E-konsultacje medyczne	W przypadku wystąpienia w życiu ubezpieczonego następujących zdarzeń: - pogorszenie się jego stanu zdrowia, - pogorszenie się stanu zdrowia małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty usług związanych ze zdarzeniami objętymi ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia (wariant indywidualny lub wariant rodzinny): - e-konsultacje, - concerge medyczny, - pakiet interwencji kryzysowej. Świadczenia objęte zakresem ochrony realizujemy za pośrednictwem portalu pacjenta.	ubezpieczony

Umowa dodatkowa	Wysokość lub rodzaj świadczenia	Kto jest uprawnionym do otrzymania świadczenia
„Twoje zdrowie”	W przypadku wystąpienia w życiu ubezpieczonego następujących zdarzeń: 1. pogorszenie się jego stanu zdrowia, 2. pogorszenie się stanu zdrowia małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty usług związanych ze zdarzeniami objętymi ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia (wariant indywidualny lub wariant rodzinny): 1) stacjonarne wizyty lekarskie, 2) concierge medyczny, 3) badania obrazowe, 4) badania laboratoryjne. Świadczenia objęte zakresem ochrony realizujemy za pośrednictwem concierge medycznego (kontakt telefoniczny).	ubezpieczony
Ekspertka Opinia Medyczna	W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub jego niepełnoletniego dziecka dolegliwości zdrowotnej (z zakresu onkologii, kardiologii i kardiochirurgii, neurochirurgii, ortopedii), wydamy ekspercką opinię medyczną sporządzoną przez zagraniczną instytucję medyczną.	ubezpieczony
Ciężka trwała utrata zdrowia w wyniku wypadku z rentą	W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku, wypłacimy comiesięczne świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i aktualnej na dzień wystąpienia wypadku. Comiesięczne świadczenie będziemy wypłacać przez czas, jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia w umowie podstawowej (wariant na czas określony) albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej (wariant na całe życie), nie dłużej niż do śmierci ubezpieczonego.	ubezpieczony
Leczenie nowotworu złośliwego	W przypadku zastosowania leczenia nowotworu złośliwego w czasie trwania ochrony, jedną z poniższych metod: 1) chemioterapia (również doustna), 2) radioterapia, 3) operacja onkologiczna, wypłacimy jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu rozpoczęcia tego leczenia.	ubezpieczony
Leczenie za granicą	W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego lub u jego niepełnoletniego dziecka stanu chorobowego (lista chorób objętych ochroną zależy od wybranego pakietu): 1) zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia za granicą zgodnie z przygotowanym i zatwierdzonym przez nas programem leczenia za granicą, albo 2) w przypadku rezygnacji z leczenia za granicą – wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli limitów i aktualnej w dniu zdiagnozowania tego stanu chorobowego, albo 3) jeśli był zdiagnozowany nowotwór złośliwy przedinwazyjny – wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli limitów i aktualnej w dniu zdiagnozowania tego nowotworu.	ubezpieczony
Operacje chirurgiczne	W przypadku operacji przeprowadzonej z powodu choroby lub wypadku w okresie ochrony, wypłacimy świadczenie, którego wysokość zależy od rodzaju zabiegu i przypisanego mu procentu sumy ubezpieczenia (procent przypisany do danej operacji chirurgicznej wskazujemy w tabeli operacji chirurgicznych). Jeśli operacja nie znajduje się w tabeli operacji chirurgicznych – wypłacimy 10% sumy ubezpieczenia. Jeśli podczas jednego pobytu w szpitalu wykonano kilka operacji – wypłacimy świadczenie tylko za jedną, tę z najwyższym procentem. Za daną operację chirurgiczną wypłacimy świadczenie tylko jeden raz. W ciągu jednego roku ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby operacji.	ubezpieczony
Operacje chirurgiczne w wyniku wypadku	W przypadku operacji przeprowadzonej z powodu wypadku w okresie ochrony, wypłacimy świadczenie, którego wysokość zależy od rodzaju zabiegu i przypisanego mu procentu sumy ubezpieczenia (procent przypisany do danej operacji chirurgicznej wskazujemy w tabeli operacji chirurgicznych). Jeśli operacja nie znajduje się w tabeli operacji chirurgicznych - wypłacimy 10% sumy ubezpieczenia. Jeśli podczas jednego pobytu w szpitalu wykonano kilka operacji – wypłacimy świadczenie tylko za jedną, tę z najwyższym procentem. Za daną operację chirurgiczną wypłacimy świadczenie tylko jeden raz. W ciągu jednego roku ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby operacji.	ubezpieczony

Umowa dodatkowa	Wysokość lub rodzaj świadczenia	Kto jest uprawnionym do otrzymania świadczenia
	W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku: - choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie ubezpieczenia dodatkowego albo - wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego, wypłacimy świadczenie za każdy dzień pobytu. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy liczbę dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu przez sumę ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień pobytu w szpitalu. Pobyt musi trwać co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu. Dzień przyjęcia do szpitala wliczamy, jeśli trwał nieprzerwanie co najmniej 12 godzin. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 92 dni pobytu w szpitalu w każdym roku trwania ochrony, a w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku na oddziale, który specjalizuje się w leczeniu schorzeń neurologicznych – maksymalnie za 30 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu na tym oddziale.	ubezpieczony
Pobyt w szpitalu		
	W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego, wypłacimy świadczenie za każdy dzień pobytu, pod warunkiem, że: - wypadek oraz pobyt w szpitalu muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego, - pobyt w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy liczbę dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przez sumę ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień pobytu w szpitalu. Dzień przyjęcia do szpitala wliczamy, jeśli trwał nieprzerwanie co najmniej 12 godzin. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 92 dni pobytu w szpitalu w każdym roku trwania ochrony, a w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku na oddziale, który specjalizuje się w leczeniu schorzeń neurologicznych – maksymalnie za 30 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu na tym oddziale.	ubezpieczony
Pobyt w szpitalu w wyniku wypadku		
	W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia dodatkowego jednej z poważnych chorób objętych ochroną, wypłacimy świadczenie w wysokości 100%, 50%, 25% lub 10% sumy ubezpieczenia – w zależności od rodzaju choroby i wybranego wariantu. W okresie ubezpieczenia dodatkowego możemy wypłacić kilka świadczeń, jeśli w tym czasie wystąpi więcej niż jedno poważne zachorowanie. Za każde poważne zachorowanie wypłacimy świadczenie tylko jeden raz. Oznacza to, że nie wypłacimy ponownie pieniędzy za to samo poważne zachorowanie. W przypadku wystąpienia zawału serca i zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), wypłacimy świadczenie tylko za jedno z nich, a nasza ochrona w zakresie drugiego z tych poważnych zachorowań wygaśnie. Jeśli dane poważne zachorowanie wystąpiło już w okresie ubezpieczenia dodatkowego i wypłaciliśmy za nie świadczenie w wysokości: 100% sumy ubezpieczenia, to ubezpieczony nie dostanie więcej pieniędzy za kolejne powiązane z nim poważne zachorowania, - mniej niż 100% sumy ubezpieczenia, to za kolejne powiązane z nim poważne zachorowania możemy wypłacić jeszcze pieniądze, ale łącznie za wszystkie powiązane ze sobą poważne zachorowania wypłacimy nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia.	ubezpieczony
Poważne zachorowanie		
	W przypadku wystąpienia u Ciebie całkowitej niezdolności do pracy w czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego, przejmujemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz wybrane umowy dodatkowe. W okresie przejęcia opłacania składek płacimy składkę za każdą z umów objętych przejęciem opłacania składek w wysokości aktualnej na dzień przejęcia opłacania składek. Umowy dodatkowe, które nie są objęte przejęciem, rozwiążą się. Całkowita niezdolność do pracy musi spełniać następujące warunki: - w czasie trwania dodatkowego ubezpieczenia całkowicie utraciłeś zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy z powodu: - zdiagnozowanej lub leczonej choroby, lub - wypadku, który był bezpośrednią przyczyną całkowitej utraty przez Ciebie zdolności do pracy, - Twoja niezdolność do pracy została potwierdzona przez lekarza wyznaczonego przez nas, który ocenił dokumentację medyczną lub przeprowadził badanie, - lekarz przez nas wyznaczony stwierdził, że Twój stan zdrowia nie rokuje poprawy przez co najmniej 2 lata od momentu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy. Możesz przedstawić także orzeczenie od odpowiedniej instytucji (np. ZUS), które potwierdza, że nie możesz pracować przez co najmniej 2 lata.	–
Przejęcie opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy		

Umowa dodatkowa	Wysokość lub rodzaj świadczenia	Kto jest uprawnionym do otrzymania świadczenia
Przejęcie opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania	W przypadku wystąpienia u Ciebie poważnego zachorowania w czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego, przejmemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz wybrane umowy dodatkowe. W okresie przejęcia opłacania składek płacimy składkę za każdą z umów objętych przejęciem opłacania składek w wysokości aktualnej na dzień przejęcia opłacania składek. Umowy dodatkowe, które nie są objęte przejęciem, rozwiążą się.	–
Przejęcie opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego	W przypadku Twojej śmierci w okresie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego, przejmemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz wybrane umowy dodatkowe. W okresie przejęcia opłacania składek płacimy składkę za każdą z umów objętych przejęciem opłacania składek w wysokości aktualnej na dzień przejęcia opłacania składek. Umowy dodatkowe, które nie są objęte przejęciem, rozwiążą się.	–
Śmierć ubezpieczającego	W przypadku Twojej śmierci w okresie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Twojej śmierci.	uposażony, uposażony zastępczy albo inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia
Śmierć w wyniku wypadku	W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku w okresie trwania ubezpieczenia dodatkowego, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień jego śmierci.	uposażony, uposażony zastępczy albo inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia
Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego, wypłacimy sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień jego śmierci.	uposażony, uposażony zastępczy albo inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia
Trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku wypadku	W przypadku wystąpienia w okresie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień powstania tej niezdolności. Całkowita niezdolność do pracy musi spełniać następujące warunki: 1) w czasie trwania dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu wypadku, który był bezpośrednią przyczyną całkowitej utraty zdolności do pracy, 2) niezdolność do pracy została potwierdzona przez lekarza wyznaczonego przez nas, który ocenił dokumentację medyczną lub przeprowadził badanie, 3) lekarz przez nas wyznaczony stwierdził, że stan zdrowia ubezpieczonego nie rokuje poprawy przez co najmniej 2 lata od momentu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy. Można przedstawić także orzeczenie od odpowiedniej instytucji (np. ZUS), które potwierdza, że ubezpieczony nie może pracować przez co najmniej 2 lata.	ubezpieczony
Trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku wypadku i choroby	W przypadku wystąpienia w okresie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień powstania tej niezdolności. Całkowita niezdolność do pracy musi spełniać następujące warunki: 1) w czasie trwania dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu: a) zdiagnozowanej lub leczonej choroby, lub b) wypadku, który był bezpośrednią przyczyną całkowitej utraty zdolności do pracy, 2) niezdolność do pracy została potwierdzona przez lekarza wyznaczonego przez nas, który ocenił dokumentację medyczną lub przeprowadził badanie, 3) lekarz przez nas wyznaczony stwierdził, że stan zdrowia ubezpieczonego nie rokuje poprawy przez co najmniej 2 lata od momentu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy. Można przedstawić także orzeczenie od odpowiedniej instytucji (np. ZUS), które potwierdza, że ubezpieczony nie może pracować przez co najmniej 2 lata.	ubezpieczony

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, wypłacimy świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia wypadku. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy sumę ubezpieczenia przez procent przypisany do danego trwałego uszczerbku na zdrowiu i wskazany w odpowiedniej tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Jeśli w ramach jednego wypadku wystąpią u ubezpieczonego różne trwałe uszczerbki na zdrowiu, zsumujemy procenty trwałych uszczerbków na zdrowiu i pomnożymy sumę ubezpieczenia przez zsumowane procenty.

W okresie ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby trwałych uszczerbków, ich rodzajów oraz liczby wypadków, których są skutkiem.

ubezpieczony

Trwały uszczerbek ustalamy:

- 1) po zakończeniu zaleconego przez lekarza leczenia i rehabilitacji ale nie później niż w ciągu 2 lat od dnia wypadku, który spowodował trwały uszczerbek na zdrowiu oraz
- 2) na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonego z dnia, w którym złożył nam pełną dokumentację medyczną związaną z wystąpieniem trwałego uszczerbku na jego zdrowiu.

Jeśli na podstawie dokumentów, które otrzymamy, nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności albo wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, skierujemy ubezpieczonego na badania lekarskie, za które zapłacimy.

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku & Pakiet WSPARCIE+

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, wypłacimy świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia wypadku. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy sumę ubezpieczenia przez procent przypisany do danego trwałego uszczerbku na zdrowiu i wskazany w odpowiedniej tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.

ubezpieczony

Dodatkowo, od razu po zdarzeniu ubezpieczony może skorzystać z Pakietu WSPARCIE+, który działa jak assistance rehabilitacyjny – niezależnie od wypłaty świadczenia.

Zdiagnozowanie nowotworu

W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego albo łagodnego nowotworu mózgu wymagającego leczenia wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień diagnozy.

W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu in situ albo łagodnego nowotworu mózgu niepowodującego trwałych ubytków neurologicznych wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień diagnozy.

W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu łagodnego wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień diagnozy.

W okresie ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby zdiagnozowanych nowotworów.

ubezpieczony

Jak poinformować nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: www.viennalife.pl.

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli dane zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem tych okoliczności.

Pełna lista przypadków w jakich nie wypłacimy świadczenia znajduje się w poszczególnych warunkach każdego ubezpieczenia dodatkowego.

Poniżej wskazujemy wybrane przypadki, kiedy nie wypłacimy świadczenia z danej umowy dodatkowej:

Umowa dodatkowa	Kiedy nie wypłacimy / nie zrealizujemy świadczenia
Assistance medyczny	Nasza odpowiedzialność nie obejmuje innych zdarzeń niż opisane w umowie dodatkowej oraz m.in.: - kosztów poniesionych przez ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania pozwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów kosztów, - kosztów zakupu leków (nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach), - kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli będą lub są pokryte w ramach ubezpieczenia społecznego (nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie).
E-konsultacje medyczne	Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku m.in.: - e-konsultacji w liczbie przekraczającej limit lub zakres wybranego wariantu ubezpieczenia, - kosztów innych świadczeń medycznych niż objęte wariantem ubezpieczenia i zrealizowanych w sposób opisany umową dodatkową, - kosztów leków, środków pomocniczych, itp. nawet jeżeli zalecenie ich stosowania wynika z przeprowadzonych e-konsultacji.
„Twoje zdrowie”	Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku m.in.: - wizyt i badań w liczbie przekraczającej limit lub zakres wybranego wariantu ubezpieczenia, - kosztów innych świadczeń medycznych niż objęte wariantem ubezpieczenia i zrealizowanych w sposób opisany umową dodatkową, - kosztów leków, środków pomocniczych itp., nawet jeżeli zalecenie ich stosowania wynika z przeprowadzonych wizyt i badań.
Ekspertka Opinia Medyczna	W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego zrealizujemy tylko dwie eksperckie opinie medyczne.
Ciężka trwała utrata zdrowia w wyniku wypadku z rentą	Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli ciężka trwała utrata zdrowia ubezpieczonego spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.: - uzależnienia od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, - wady wrodzonej lub zaburzeń rozwojowych lub schorzenia będącego ich skutkiem, - uprawiania rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka.
Leczenie nowotworu złośliwego	- Wypłacimy tylko jedno świadczenie w przypadku jednoczesnego zastosowania w tym samym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego leczenia nowotworu złośliwego w postaci chemioterapii, radioterapii lub operacji onkologicznej. - W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie za leczenie nowotworu złośliwego, bez względu na to, ile razy zastosowano leczenie nowotworu złośliwego w tym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
Leczenie za granicą	Nie ponosimy odpowiedzialności za stan chorobowy, który: - był skutkiem urazu, który wystąpił w okresie 10 lat przed początkiem okresu ubezpieczenia dodatkowego lub - był skutkiem choroby, która została zdiagnozowana, lub była leczona w okresie 10 lat przed początkiem okresu ubezpieczenia dodatkowego.
Operacje chirurgiczne	Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli operacja chirurgiczna ubezpieczonego spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.: - leczenia lub zabiegów leczniczych przeprowadzonych u ubezpieczonego przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy, - leczenia ubezpieczonego przeprowadzonego w klinice medycyny niekonwencjonalnej, - leczenia ubezpieczonego lub operacji chirurgicznej, które nie są medyczną koniecznością, - leczenia ubezpieczonego lub zabiegów leczniczych innych niż operacja chirurgiczna.
Operacje chirurgiczne w wyniku wypadku	Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli operacja chirurgiczna ubezpieczonego spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.: - leczenia lub zabiegów leczniczych przeprowadzonych u ubezpieczonego przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy, - leczenia ubezpieczonego przeprowadzonego w klinice medycyny niekonwencjonalnej, - leczenia ubezpieczonego lub operacji chirurgicznej, które nie są medyczną koniecznością, - leczenia ubezpieczonego lub zabiegów leczniczych innych niż operacja chirurgiczna.
Pobyty w szpitalu	Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został albo nastąpił w wyniku m.in.: - leczenia stomatologicznego lub zabiegów stomatologicznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, chyba że wynikają one z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego, - leczenia chorób zawodowych u ubezpieczonego oraz ich skutków, - wystąpienia u ubezpieczonego dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych, - zabiegów chirurgii kosmetycznej przeprowadzonych u ubezpieczonego z wyłączeniem sytuacji usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego, - pobytu obserwacyjnego ubezpieczonego, jeśli był spowodowany inną przyczyną niż wypadek, - prowadzenia u ubezpieczonego jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

Pobyt w szpitalu w wyniku wypadku

Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został albo nastąpił w wyniku m.in.:

- wystąpienia u ubezpieczonego dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- pobytu obserwacyjnego ubezpieczonego, jeśli był spowodowany inną przyczyną niż wypadek,
- prowadzenia u ubezpieczonego jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
- konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia ubezpieczonego.

Poważne zachorowanie

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło u ubezpieczonego w wyniku m.in.:

- pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie poważnego zachorowania,
- choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza.

Przejęcie opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy

Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli Twoja całkowita niezdolność do pracy powstała w wyniku wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.:

- wykonywania przez Ciebie pracy zawodowej:
 - 1) w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe (wysoki napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje) lub
 - 2) w środowisku, w którym występują czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe lub łatwopalne), lub
 - 3) na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią lub prac pod wodą.

Przejęcie opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania

Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło u Ciebie w wyniku m.in.:

- Twojej choroby lub zatrucia się spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza.

Przejęcie opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego

Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli Twoja śmierć nie miała miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.:

- działań wojennych,
- Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- samobójstwa popełnionego przez Ciebie w ciągu 2 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

Śmierć ubezpieczającego

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja śmierć nie miała miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku m.in.:

- działań wojennych,
- Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa z winy umyślnej,
- samobójstwa popełnionego przez Ciebie w okresie 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

Śmierć w wyniku wypadku

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć ubezpieczonego spowodowana została wypadkiem, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowany został albo nastąpił w wyniku m.in.:

- pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka.

Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku wypadku komunikacyjnego, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub został spowodowany albo nastąpił w wyniku m.in.:

- pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego.

Trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku wypadku

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy powstała w wyniku wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.:

- wykonywania przez ubezpieczonego pracy zawodowej:
 - 1) w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe (wysoki napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje), lub
 - 2) w środowisku, w którym występują czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe lub łatwopalne), lub
 - 3) na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią lub prac pod wodą.

Trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku wypadku i choroby

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy powstała w wyniku wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowana została albo nastąpiła w wyniku m.in.:

- choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- wykonywania przez ubezpieczonego pracy zawodowej:
 - 1) w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe (wysoki napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje) lub
 - 2) w środowisku, w którym występują czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe lub łatwopalne), lub
 - 3) na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią lub prac pod wodą.

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku

Nie wypłacimy świadczenia m.in., jeśli:

- trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w obrębie organu, narządu lub układu ciała, którego funkcjonowanie było upośledzone jeszcze przed dniem wystąpienia wypadku lub
- w wyniku kolejnego wypadku wystąpił kolejny trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w obrębie tego samego organu, narządu lub układu ciała.

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku & Pakiet WSPARCIE+

Nie wypłacimy świadczenia m.in., jeśli:

- trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w obrębie organu, narządu lub układu ciała, którego funkcjonowanie było upośledzone jeszcze przed dniem wystąpienia wypadku lub
- w wyniku kolejnego wypadku wystąpił kolejny trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w obrębie tego samego organu, narządu lub układu ciała.

Zdiagnozowanie nowotworu

W całym okresie ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy tylko jedno świadczenie za zdiagnozowanie nowotworu in situ lub nowotworu łagodnego, lub łagodnego nowotworu mózgu nie powodującego trwałych ubytków neurologicznych oraz za zdiagnozowanie nowotworu złośliwego albo łagodnego nowotworu mózgu wymagającego leczenia.

Rezygnacja z ubezpieczenia

Odstąpienie od umowy dodatkowej

11. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

12. Umowa dodatkowa rozwiąże się m.in. w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,
- 6) akceptacji przez nas wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejścia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejścia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 6) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejścia opłacania składek. Pełna lista przypadków rozwiązania danej umowy dodatkowej znajduje się w poszczególnych warunkach każdego ubezpieczenia dodatkowego.

Reklamacje

Proces reklamacyjny

13. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,

- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.

i **Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.**

14. Odpowiemy na reklamację w terminie 30 dni od dnia, w którym ją otrzymaliśmy. Jeśli w skomplikowanych przypadkach nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę składającą o:
 - 1) przyczynach opóźnienia w udzieleniu odpowiedzi,
 - 2) okolicznościach, jakie musimy jeszcze ustalić, by udzielić odpowiedzi,
 - 3) terminie udzielenia odpowiedzi.

i **Musimy odpowiedzieć na reklamację w terminie do 60 dni od dnia, w którym ją otrzymaliśmy.**

15. Na reklamację odpowiemy na piśmie. Możemy też przesłać odpowiedź pocztą elektroniczną, jeśli osoba, która zgłosiła reklamację, wnioskuje o nią w takiej formie.
16. Możesz też zwrócić się o pomoc do Rzecznika Finansowego albo innych podmiotów lub organów powołanych.

Podatki

17. Zgodnie z przepisami, wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń osobowych. Wyjątki od zasady zwolnienia z podatku dochodowego dotyczą kwot wypłacanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczeniowej:
 - z tytułu ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, w sytuacji, gdy składka została zainwestowana w tym funduszu kapitałowym, a świadczenie ma charakter zmienny,
 - z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, jeśli kwota finalnego świadczenia z tytułu dożycia jest uzależniona od indeksów, wartości bazowych lub wskaźników określonych w umowie.
18. Jeżeli powyższe przypadki nie dotyczą Twojego ubezpieczenia, to otrzymane kwoty będą zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych.
19. Świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie otrzymywane przez osoby prawne, jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, z wyjątkiem spółek nie posiadających osobowości prawnej, podlegają opodatkowaniu na zasadach określonych w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych.
20. W przypadku śmierci ubezpieczonego, suma ubezpieczenia przysługująca osobie uprawnionej nie należy do spadku po nim. Tym samym nie podlega przepisom prawa spadkowego. Oznacza to, że wskazując osobę uprawnioną można dokonać rozporządzenia zgromadzonymi środkami bez późniejszego obowiązku zapłaty przez uprawnionego do zachowku na rzecz spadkobierców ustawowych ubezpieczonego, który by im przypadł w razie dziedziczenia z ustawy.
21. W związku z tym, że świadczenia z umowy ubezpieczenia nie wchodzi w skład masy spadkowej, nie będą podlegać opodatkowaniu podatkiem od spadków i darowizn.

Informacje dodatkowe

22. Informujemy, iż w ramach procesu oferowania Umowy możemy stosować praktyki sprzedażowe popierające sprzedaż tego właśnie produktu, w szczególności: premie lub dodatkowe wynagrodzenia.
23. Jednocześnie przypominamy, iż niezależnie od praktyk sprzedażowych, najważniejszym działaniem związanym z zamiarem zawarcia Umowy powinno być wypełnienie przez ubezpieczającego i ubezpieczonego ankiety potrzeb klienta, która służy określeniu potrzeb, możliwości finansowych i posiadanej wiedzy. Będzie ona podstawą do przedstawienia oferty adekwatnej do udzielonych odpowiedzi.

Zrównoważony rozwój

24. Długoterminową strategią Vienna Life w obszarze społecznym zrównoważonego rozwoju jest zaspokajanie potrzeb ludzi żyjących obecnie przy jednoczesnym wsparciu możliwości zaspokajania potrzeb przez przyszłe pokolenia. W celu realizacji tej strategii Vienna Life opiera swoją działalność w obszarze społecznym na dwóch filarach: (i) uwzględnianiu interesów społecznych poprzez tworzenie środowiska wspierającego inicjatywy społeczne i pracownicze, których celem jest poprawa jakości życia oraz na (ii) wykorzystaniu roli ubezpieczyciela jako dostawcy rozwiązań produktowych realizujących cele społeczne.
25. Umowy dodatkowe, które wymieniamy w pkt 3 ppkt 13) – 15) wpisują się w drugi filar, o którym mowa powyżej, gdyż adresują potrzeby osób, których celem jest zaspokajanie bieżących potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej przy jednoczesnym zapewnieniu przyszłym pokoleniom możliwości zaspokojenia ich własnych potrzeb (solidarność międzypokoleniowa).

Aspekt społeczny realizowany jest w ten sposób, że ubezpieczający lub osoby jemu bliskie zachowują ochronę ubezpieczeniową pomimo, że znalazły się w trudnej sytuacji życiowej, która zagraża ich stabilności finansowej i grozi wykluczeniem ubezpieczeniowym rozumianym jako brak możliwości samodzielnego opłacania składki ubezpieczeniowej. Dzięki postawie ubezpieczających decydujących się na wybór tych umów dodatkowych, wspierane są długoterminowe cele ogólnospołeczne takie jak przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu, czy poprawa jakości życia przyszłych pokoleń.

26. Umowy dodatkowe, które wymieniamy w pkt 3 ppkt 1) – 12) oraz 16) – 23), z uwagi na swój charakter, nie mają szczególnego wpływu dla czynników zrównoważonego rozwoju. Jednakże, jako spółka wchodząca w skład Vienna Insurance Group, zarządzając aktywami Vienna Life kieruje się zasadami odpowiedzialnego i zrównoważonego inwestowania. Oznacza to, że Vienna Life wyklucza inwestycje o niekorzystnej relacji stopy zwrotu do ryzyka. W procesie inwestycji własnych Vienna Life uwzględnia długoterminowy wpływ ryzyk dla zrównoważonego rozwoju, ze szczególnym ukierunkowaniem na ryzyka klimatyczne oraz transformacji gospodarki w stronę niskoemisyjnej poprzez wykluczenie węgla energetycznego ze spektrum inwestycyjnego.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia
w wyniku wypadku**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt. 11,12 Wypłata świadczenia: pkt. 13, 14, 15, 16
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 17, 18, 19, 20

Poważna utrata zdrowia w wyniku wypadku (renta)
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia
w wyniku wypadku**
CTUNW-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	16
Słownik pojęć	16
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	17
Suma ubezpieczenia	17
Świadczenie	18
Wypłata świadczenia	18
Wyłączenia odpowiedzialności	19
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	20
Odstąpienie od umowy dodatkowej	20
Rozwiązanie umowy dodatkowej	21
Składka za ryzyko	21
Indeksacja składki za ryzyko	22
Reklamacje	22

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informacje o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

ciężka trwała utrata zdrowia	Trwała utrata zdrowia, której wartość procentowa, określona zgodnie z tabelą trwałej utraty zdrowia, wynosi co najmniej 60%.
okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej.  Okres ubezpieczenia dodatkowego może trwać maksymalnie do 75. roku życia ubezpieczonego.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu ciężkiej i trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku wystąpienia ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku.

tabela trwałej utraty zdrowia	Lista rodzajów uszkodzenia ciała lub zdarzeń medycznych, w której wskazujemy odpowiadające im wartości procentowe trwałej utraty zdrowia. Tabela trwałej utraty zdrowia stanowi załącznik nr 1 do warunków ubezpieczenia dodatkowego.
trwała utrata zdrowia	Rodzaj uszkodzenia ciała lub zdarzenie medyczne, które powstało w wyniku wypadku i zostało wymienione w tabeli trwałej utraty zdrowia.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 65 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku. Wypadek oraz ciężka trwała utrata zdrowia ubezpieczonego muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

8. Możesz złożyć wniosek o:
- 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
- 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi, komu i jak długo będziemy wypłacać świadczenie

11. W przypadku powstania ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku będziemy wypłacać ubezpieczonemu comiesięczne świadczenie w wysokości potwierdzonej w polisie i aktualnej na dzień wystąpienia wypadku.
12. Comiesięczne świadczenie będziemy wypłacać przez czas, jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia, albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej, nie dłużej jednak niż do śmierci ubezpieczonego.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy wypłacimy świadczenie

13. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



- 1) wniosku o wypłatę



- 2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



- 3) dokumentów, które potwierdzają, że ciężka trwała utrata zdrowia ubezpieczonego została spowodowana wypadkiem:
 - raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wystąpienia wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
 - dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej



- 4) dokumentów medycznych, które potwierdzają wystąpienie ciężkiej trwałej utraty zdrowia

14. Comiesięczne świadczenie będziemy wypłacać z góry w terminie do 15 dnia miesiąca, za który jest należne.
15. Wypłatę comiesięcznego świadczenia rozpoczniemy w kolejnym miesiącu po tym, w którym uznamy roszczenie.
16. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli ciężka trwała utrata zdrowia ubezpieczonego w wyniku wypadku była skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

17. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli ciężka trwała utrata zdrowia ubezpieczonego oraz wypadek nie miały miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:
 - 1) działań wojennych,
 - 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
 - 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - 6) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
 -  **Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:**
 - stężenia we krwi od 0,2‰ albo
 - obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.
- 7) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
-  **Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.**
- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) uzależnienia od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków,
- 10) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 11) wady wrodzonej lub zaburzeń rozwojowych lub schorzenia będącego ich skutkiem,
- 12) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, w tym różnych form nerwicy lub depresji, upośledzenia umysłowego, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń zachowania,
- 13) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby do tego nieuprawnione z wyjątkiem niesienia pierwszej pomocy,
- 14) uprawiania rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka.
-  **Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.**

18. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
- 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego wystąpiła ciężka trwała utrata zdrowia w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.
20. Wystąpienie kolejnej ciężkiej trwałej utraty zdrowia lub zwiększenie jej wartości procentowej w trakcie wypłaty comiesięcznego świadczenia nie ma wpływu na wysokość, w jakiej je wypłacamy.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

21. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
22. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

23. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

24. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
25. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
26. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

27. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

28. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 75. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu ciężkiej trwałej utraty zdrowia (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

29. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

30. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

31. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

32. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

33. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

34. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Załącznik nr 1

Tabela trwałej utraty zdrowia

Rodzaj uszkodzeń ciała											% trwałej utraty zdrowia
GŁOWA											
1. Uszkodzenie powłok czaszki:											
a) powłok bez ubytków kostnych											5
b) całkowite oskalpowanie											25
2. Uszkodzenie kości czaszki:											
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienie, fragmentacje, szczeliny itp.)											5
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5 cm ²											7
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm ² lub większej											15
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand – mal (rodzaj i ilość napadów musi być potwierdzony dokumentacją medyczną):											
a) z częstymi napadami grand-mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)											30
b) z rzadkimi napadami grand-mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)											10
4. Całkowita utrata mowy w skutek afazji motorycznej lub sensorycznej											50
USZKODZENIA TWARZY											
5. Uszkodzenie powłok twarzy:											
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków											5
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)											15
6. Utrata nosa:											
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)											15
b) częściowa utrata nosa:											5
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb											1
8. Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)											45
9. Złamanie szczęki											5
10. Złamanie żuchwy											5
11. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki											2
12. Ubytek podniebienia											15
13. Utrata języka:											
a) częściowa, z zaburzeniami funkcji											5
b) całkowita											50
USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU											
14. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku jednego lub obu oczu należy oceniać według tabeli poniżej. Ostrość wzroku ocenia się zawsze po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.											
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

Rodzaj uszkodzeń ciała			% trwałej utraty zdrowia	
15. Porażenia nastawności (akomodacji) – przy korekcji szklami:				
a) jednego oka			15	
b) obu oczu			30	
16. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:				
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka	
60°	0	0	35	
50°	5	15	45	
40°	10	25	55	
30°	15	50	70	
20°	20	80	85	
10°	25	90	95	
poniżej 10°	35	95	100	
17. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe			60	
b) dwunosowe			30	
c) jednoimienne			25	
d) jednoimienne górne			10	
e) jednoimienne dolne			40	
USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU				
18. Utrata małżowiny usznej				
a) całkowita utrata			10	
b) częściowa utrata			3	
19. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz				
Ucho prawe ►	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe ▼	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50
USZKODZENIA SZYI I JEJ NARZĄDÓW				
20. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji				10
21. Uszkodzenia krtani z jej zwężeniem:				
a) nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej				10
b) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej				35
22. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem				20
23. Uszkodzenia przełyku:				
a) powodujące trudności w odżywianiu				10
b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami				30
c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową				80
USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I JEJ NARZĄDÓW				
24. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)				10
25. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)				25
26. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro				1,5
27. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście				5
28. Całkowita utrata jednego płuca				40
29. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płąt				15

Rodzaj uszkodzeń ciała	% trwałej utraty zdrowia
30. Uszkodzenie serca:	
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany	30
b) bez przerwania ciągłości jego ściany	10
USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ	
31. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej	8
Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	
32. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20
33. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20
34. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a) jelita cienkiego	35
b) jelita grubego	25
35. Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
36. Przetoka okołodbytnicza	10
37. Całkowite usunięcie śledziony	15
38. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30
39. Uszkodzenie trzustki, powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20
USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO – PŁCIOWYCH	
40. Całkowita utrata jednej nerki	40
41. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20
42. Całkowita utrata prącia	40
43. Całkowita utrata jądra lub jajnika	20
44. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40
45. Całkowita utrata macicy, do 50 roku życia	40
46. Całkowita utrata macicy, powyżej 50 roku życia	20
CAŁKOWITA FIZYCZNA UTRATA	
47. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	75
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60
c) w obrębie przedramienia	55
d) na poziomie nadgarstka	50
48. Kciuk w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15
49. Palec wskazujący w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7
50. Inny palec dłoni w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4
51. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	75
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60
c) w obrębie podudzia	50
d) stopa w całości	40
e) stopa z wyłączeniem pięty	30
52. Paluch w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4
53. Inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5

Rodzaj uszkodzeń ciała	% trwałej utraty zdrowia
CAŁKOWITA I TRWAŁA UTRATA WŁADZY	
54. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	65
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50
c) w obrębie przedramienia	45
d) na poziomie nadgarstka	40
55. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10
56. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4
57. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1
58. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	65
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50
c) w obrębie podudzia	40
d) stopa w całości	30
e) stopa z wyłączeniem pięty	20
59. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1
60. Inne palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5
ZŁAMANIA – KRĘGOSŁUP SZYJNY, PIERSIOWY LUB LĘDŹWIOWY	
61. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4
62. Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1
ZŁAMANIA – NARZĄD RUCHU	
63. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej):	
a) wieloodłamowe otwarte	25
b) inne złamania otwarte	12
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inny rodzaj złamania	6
64. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	16
b) inne złamania otwarte	12
c) inne złamanie wieloodłamowe	8
d) inny rodzaj złamania	6
65. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	12
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamanie wieloodłamowe	8
d) inny rodzaj złamania	5
66. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamanie wieloodłamowe	6
d) inny rodzaj złamania	4
67. Złamania kości palców dłoni (za wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródrezcza:	
a) złamania otwarte, za każde złamanie	2
b) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1
ZESZTYWNIENIA STAWÓW, SKRÓCENIE KOŃCZYNY DOLNEJ	
68. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25
69. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20
70. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10
71. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2 – 6 cm	10
b) powyżej 6 cm	25

Rodzaj uszkodzeń ciała	% trwałej utraty zdrowia
72. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25
73. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20
74. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10
WYTWORZENIE STAWU RZEKOMEGO	
75. Staw rzekomy kości udowej	25
76. Staw rzekomy kości piszczelowej	15
77. Staw rzekomy kości strzałkowej	10
78. Staw rzekomy obu kości podudzia	20
79. Staw rzekomy obojczyka	15
80. Staw rzekomy kości ramiennej	25
81. Staw rzekomy kości promieniowej	15
82. Staw rzekomy kości łokciowej	10
83. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20
Uwaga: Łączny procent trwałej utraty zdrowia stwierdzony na podstawie poz. 54 – 60 i 64-83, nie może być wyższy niż procent trwałej utraty zdrowia przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 47 – 53 tabeli.	
OPARZENIA	
84. Oparzenia – wyłącznie II i III stopnia:	
a) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10
b) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	20
c) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7 Świadczenie: pkt 13 Wypłata świadczenia: pkt. 14, 15
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 7 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 16, 17, 18

Nowotwór złośliwy – leczenie
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek leczenia nowotworu złośliwego**
LNZ-OWDU-0625



SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	32
Słownik pojęć	32
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	34
Suma ubezpieczenia	34
Świadczenie	34
Wypłata świadczenia	35
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	35
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	36
Odstąpienie od umowy dodatkowej	36
Rozwiązanie umowy dodatkowej	37
Składka za ryzyko	37
Indeksacja składki za ryzyko	38
Reklamacje	38

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia - niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informacje o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

chemioterapia

Metoda ogólnoustrojowego leczenia nowotworu złośliwego, która polega na stosowaniu leków cytostatycznych.



Za rozpoczęcie leczenia chemioterapią uznajemy podanie pierwszej dawki leku w danym cyklu chemioterapii w każdym kolejnym roku ubezpieczenia dodatkowego.

leczenie nowotworu złośliwego

Metoda leczenia nowotworu złośliwego, która:

- została zastosowana u ubezpieczonego po raz pierwszy w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego oraz
- była przeprowadzona przez wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z aktualnymi standardami i zaleceniami medycznymi.

Ochroną obejmujemy następujące metody leczenia:

- 1) chemioterapia,
- 2) radioterapia,
- 3) operacja onkologiczna.



W każdym roku trwania umowy dodatkowej wypłacimy świadczenie tylko za jedną z metod leczenia nowotworu złośliwego: chemioterapię albo radioterapię, albo operację onkologiczną.

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt, charakteryzujący się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki, potwierdzony dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy musi być zdiagnozowany przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

nowotwór złośliwy



Za nowotwór złośliwy nie uważa się:

- nowotworu łagodnego,
- nowotworu in situ,
- raka podstawnkomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,
- 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),
- ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia 1A i 1B),
- przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania < 3 wg klasyfikacji Rai,
- raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b, lub T1c) w klasyfikacji TNM,
- nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.

Metoda leczenia nowotworu złośliwego, która polega na usunięciu guza nowotworowego lub tkanki zmienionej chorobowo w celu leczenia choroby nowotworowej.

operacja onkologiczna



Za rozpoczęcie leczenia operacją onkologiczną uznajemy przeprowadzenie w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego pierwszej operacji radykalnej albo operacji paliatywnej. Za operację onkologiczną nie uznajemy operacji zwiadowczej.

radioterapia

Metoda leczenia nowotworu złośliwego, która polega na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu zniszczenia komórek nowotworowych lub zahamowania ich rozwoju.



Za rozpoczęcie leczenia radioterapią uznajemy podanie pierwszej dawki promieniowania jonizującego w danym cyklu radioterapii w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

składka za ryzyko

Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

świadczenie

Kwota, którą wypłacamy w przypadku leczenia nowotworu złośliwego.

ubezpieczony

Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.



Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.

umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe

Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.

umowa podstawowa lub umowa

Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.

warunki dodatkowego ubezpieczenia

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony obejmujemy leczenie nowotworu złośliwego u ubezpieczonego.
7. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się po 90 dniach od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

8. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
9. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o informacje dotyczące jego aktualnego stanu zdrowia. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

10. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
11. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego, po zmianie, terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacaniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.
12. Nie możesz podwyższyć sumy ubezpieczenia po rozpoczęciu leczenia nowotworu złośliwego.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

13. W przypadku leczenia nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu rozpoczęcia tego leczenia.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

14. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis)



4) dokumentacji medycznej potwierdzającej leczenie nowotworu złośliwego

15. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie nowotworu złośliwego nastąpiło w ich wyniku.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

16. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego leczenie nowotworu złośliwego nastąpiło w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.

Kiedy nasza odpowiedzialność jest ograniczona

17. Wypłacimy tylko jedno świadczenie, jeśli w tym samym roku ubezpieczenia dodatkowego zastosowano jednocześnie leczenie nowotworu złośliwego w postaci chemioterapii, radioterapii lub operacji onkologicznej. Świadczenie obejmie leczenie zgłoszone przez ubezpieczonego jako pierwsze.
18. W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie za leczenie nowotworu złośliwego, bez względu na to, ile razy zastosowano leczenie nowotworu złośliwego w tym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

Przykład:



Na początku 2. roku trwania umowy dodatkowej **ubezpieczony zachorował na nowotwór złośliwy i przeszedł operację onkologiczną. Jeszcze w tym samym roku rozpoczął chemioterapię.**



Oznacza to, że w 2. roku ubezpieczenia dodatkowego był leczony dwoma metodami: operacją onkologiczną i chemioterapią.



Wypłacimy świadczenie tylko za jedną z nich – tę, którą ubezpieczony zgłosi nam jako pierwszą. Jeśli w kolejnym roku umowy dodatkowej ubezpieczony będzie kontynuował leczenie, np. przejdzie kolejny cykl chemioterapii, wypłacimy kolejne świadczenie z tego tytułu.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

19. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
20. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

21. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

22. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
23. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
24. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

25. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
26. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

27. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
29. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
30. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

31. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

32. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejścia opłacania składek – z dniem przejścia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejścia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

33. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

34. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

35. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

36. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

37. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

38. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7 Świadczenie pkt. 12, 13, 14, 15, 16, 17 Wypłata świadczenia: pkt. 18, 19
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 7 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Operacja chirurgiczna
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek operacji chirurgicznej**
OPER-OWDU-0625



SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	42
Słownik pojęć	42
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	44
Suma ubezpieczenia	44
Świadczenie	44
Wypłata świadczenia	45
Wyłączenia odpowiedzialności	46
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	47
Odstąpienie od umowy dodatkowej	48
Rozwiązanie umowy dodatkowej	48
Składka za ryzyko	49
Indeksacja składki za ryzyko	49
Reklamacje	49

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej uchwałą nr 5/08/2025.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Za chorobę nie uznajemy: ciąży, porodu oraz połogu.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.

operacja chirurgiczna

- Inwazyjny zabieg wykonany w znieczuleniu (ogólnym, miejscowym lub przewodowym), także metodą laparoskopową lub endoskopową, mający na celu leczenie skutków choroby albo wypadku, oraz
- przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, uprawnionego do wykonywania operacji chirurgicznych na podstawie właściwych przepisów prawa.

rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej ubezpieczonego. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
szpital	Publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który: • udziela świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych, w tym świadczy całodobową opiekę medyczną, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz zabiegi chirurgiczne, • zatrudnia 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, • zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa prowadzi działalność na terytorium Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada (jeżeli państwo, które na dzień zawarcia umowy dodatkowej było członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa),  Za szpital nie uznajemy: • szpitala psychiatrycznego, • jednostki organizacyjnej prowadzącej różne formy opieki albo pomocy dotyczące: chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych, zaburzeń psychicznych lub uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, • sanatorium lub uzdrowiska, • jednostki prewencyjnej lub rehabilitacyjnej, • jednostki świadczącej opiekę paliatywno-hospicyjną, • domu opieki.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku operacji chirurgicznej ubezpieczonego.
tabela operacji chirurgicznych	Załącznik do warunków dodatkowego ubezpieczenia, w którym wskazujemy procent sumy ubezpieczenia, jaki jest należny z tytułu przeprowadzenia u ubezpieczonego danej operacji chirurgicznej.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej ubezpieczonego zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia dodatkowego operacji chirurgicznej w wyniku:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie ubezpieczenia dodatkowego albo
 - 2) wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
7. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:
 - 1) od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem, albo
 - 2) po upływie 90 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli operacja chirurgiczna była spowodowana chorobą.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

8. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
9. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

10. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
11. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłaceniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

12. W przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego operacji chirurgicznej wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej.
13. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy sumę ubezpieczenia przez procent przypisany do danej operacji chirurgicznej i wskazany w tabeli operacji chirurgicznych.
14. Jeśli operacja chirurgiczna nie jest wymieniona w tabeli operacji chirurgicznych, wypłacimy za tę operację świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia.
15. W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby operacji chirurgicznych przeprowadzonych u ubezpieczonego.

16. W okresie ubezpieczenia dodatkowego za daną operację chirurgiczną wypłacimy świadczenie tylko jeden raz.



Oznacza to, że:

- nie wypłacimy ponownie pieniędzy za tę samą operację chirurgiczną lub
- nie wypłacimy świadczenia za kolejne operacje chirurgiczne, które są powiązane pośrednio lub bezpośrednio z operacją chirurgiczną, za którą wypłaciliśmy już świadczenie.

17. Jeśli w trakcie jednego pobytu w szpitalu ubezpieczony miał kilka operacji chirurgicznych, wypłacimy świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą wysokość świadczenia jest najwyższa.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

18. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis)



4) jeśli operacja chirurgiczna została przeprowadzona w wyniku wypadku – dokumentów, które potwierdzają, że operacja chirurgiczna spowodowana była wypadkiem:

- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej

19. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności

 Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacja chirurgiczna została przeprowadzona u ubezpieczonego na skutek tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

20. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacja chirurgiczna została przeprowadzona u ubezpieczonego w związku z wypadkiem, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowany został albo nastąpił w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,

 **Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:**

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,

 **Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.**

- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,

 **Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki lub udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.**

21. Nie wypłacimy świadczenia również w przypadku, jeżeli operacja chirurgiczna ubezpieczonego została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:

- 1) wady wrodzonej ubezpieczonego lub zaburzeń rozwojowych, lub schorzenia będącego ich skutkiem,
- 2) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego, w tym różnych form nerwicy i depresji, upośledzenia umysłowego, niedorozwoju umysłowego, zaburzeń zachowania,
- 3) uzależnienia ubezpieczonego od alkoholu, narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 4) leczenia lub zabiegów leczniczych przeprowadzonych u ubezpieczonego przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
- 5) leczenia ubezpieczonego przeprowadzonego w klinice medycyny niekonwencjonalnej,
- 6) leczenia ubezpieczonego lub operacji chirurgicznej, które nie są koniecznością medyczną,
- 7) leczenia ubezpieczonego lub zabiegów leczniczych innych niż operacja chirurgiczna.

22. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli operacja chirurgiczna ubezpieczonego została zlecona przez lekarza przed dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

23. Nie obejmujemy ochroną i nie wypłacimy świadczenia za operację chirurgiczną przeprowadzoną u ubezpieczonego, która ma na celu:

- 1) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała,
- 2) chirurgię plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, których ubezpieczony doznał w wyniku wypadku,
- 3) laserową korektę wady wzroku,
- 4) zmianę (korektę) płci,
- 5) antykoncepcję,
- 6) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej.

24. Nie wypłacimy świadczenia także za operację chirurgiczną ubezpieczonego, która jest:
- 1) wyłyżeczkowaniem kanału szyjki macicy i jamy macicy,
 - 2) założeniem szwu okrężnego na szyjkę macicy,
 - 3) usunięciem polipa z szyjki macicy,
 - 4) nacięciem gruczołu Bartholina,
 - 5) cesarskim cięciem,
 - 6) nacięciem i szyciem krocza po porodzie,
 - 7) związana z leczeniem stulejki.
25. Nie wypłacimy świadczenia za operację chirurgiczną ubezpieczonego lub powikłania pooperacyjne, jeśli w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego (wypisie) jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:
- 1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - 2) zakażenie wirusem HIV,
 - 3) choroba weneryczna,
 - 4) choroba wynikająca z uzależnienia ubezpieczonego od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza.
26. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
- 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
27. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego została przeprowadzona operacja chirurgiczna w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

28. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
29. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

Czas trwania umowy dodatkowej

30. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
32. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

33. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
34. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

35. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.

36. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
37. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
38. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

39. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej składając nam oświadczenie w terminie:
- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

40. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

41. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
- 1) wieku ubezpieczonego,
 - 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
 - 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyżysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

42. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

43. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

44. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

45. Reklamację można do nas złożyć:
- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w wyniku wypadku

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt. 11, 12, 13, 14, 15, 16 Wypłata świadczenia: pkt. 17, 18
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 19, 20, 21, 22

Operacja chirurgiczna w wyniku wypadku
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek operacji chirurgicznej
w wyniku wypadku**
OPERNW-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	52
Słownik pojęć	52
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	54
Suma ubezpieczenia	54
Świadczenie	54
Wypłata świadczenia	55
Wyłączenia odpowiedzialności	55
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	56
Odstąpienie od umowy dodatkowej	57
Rozwiązanie umowy dodatkowej	57
Składka za ryzyko	58
Indeksacja składki za ryzyko	58
Reklamacje	59

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.

operacja chirurgiczna

- Inwazyjny zabieg wykonany w znieczuleniu (ogólnym, miejscowym lub przewodowym), także metodą laparoskopową lub endoskopową, mający na celu leczenie skutków wypadku, oraz
- przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, uprawnionego do wykonywania operacji chirurgicznych na podstawie właściwych przepisów prawa.

rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej ubezpieczonego w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
szpital	Publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który: • udziela świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych, w tym świadczy całodobową opiekę medyczną, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz zabiegi chirurgiczne, • zatrudnia 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, • zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa prowadzi działalność na terytorium Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada (jeżeli państwo, które na dzień zawarcia umowy dodatkowej było członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa).  Za szpital nie uznajemy: • szpitala psychiatrycznego, • jednostki organizacyjnej prowadzącej różne formy opieki albo pomocy dotyczące: chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych, zaburzeń psychicznych lub uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, • sanatorium lub uzdrowiska, • jednostki prewencyjnej lub rehabilitacyjnej, • jednostki świadczącej opiekę paliatywno-hospicyjną, • domu opieki.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku operacji chirurgicznej ubezpieczonego w wyniku wypadku.
tabela operacji chirurgicznych	Załącznik do warunków dodatkowego ubezpieczenia, w którym wskazujemy procent sumy ubezpieczenia, jaki jest należny z tytułu przeprowadzenia u ubezpieczonego danej operacji chirurgicznej spowodowanej wypadkiem.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej ubezpieczonego w wyniku wypadku zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy operację chirurgiczną przeprowadzoną u ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia dodatkowego, której bezpośrednią przyczyną był wypadek.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
8. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłaceniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

11. W przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego operacji chirurgicznej w wyniku wypadku wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej.
12. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy sumę ubezpieczenia przez procent przypisany do danej operacji chirurgicznej i wskazany w tabeli operacji chirurgicznych.
13. Jeśli operacja chirurgiczna nie jest wymieniona w tabeli operacji chirurgicznych, wypłacimy za tę operację świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia.
14. W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby operacji chirurgicznych przeprowadzonych u ubezpieczonego w wyniku wypadku.
15. W okresie ubezpieczenia dodatkowego za daną operację chirurgiczną w wyniku wypadku wypłacimy świadczenie tylko jeden raz.



Oznacza to, że:

- nie wypłacimy ponownie pieniędzy za tę samą operację chirurgiczną lub
- nie wypłacimy świadczenia za kolejne operacje chirurgiczne, które są powiązane pośrednio lub bezpośrednio z operacją chirurgiczną, za którą wypłaciliśmy już świadczenie.

16. Jeśli w trakcie jednego pobytu w szpitalu ubezpieczony miał kilka operacji chirurgicznych w wyniku wypadku, wypłacimy świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą wysokość świadczenia jest najwyższa.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

17. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis)



4) dokumentów, które potwierdzają, że operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem:

- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej

18. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacja chirurgiczna w wyniku wypadku została przeprowadzona u ubezpieczonego na skutek tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacja chirurgiczna została przeprowadzona u ubezpieczonego w związku z wypadkiem, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub został spowodowany albo nastąpił w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki lub udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

20. Nie wypłacimy świadczenia również w przypadku, jeżeli operacja chirurgiczna ubezpieczonego została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:
- 1) wady wrodzonej ubezpieczonego lub zaburzeń rozwojowych, lub schorzenia będącego ich skutkiem,
 - 2) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego, w tym różnych form nerwicy i depresji, upośledzenia umysłowego, niedorozwoju umysłowego, zaburzeń zachowania,
 - 3) uzależnienia ubezpieczonego od alkoholu, narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) leczenia lub zabiegów leczniczych przeprowadzonych u ubezpieczonego przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
 - 5) leczenia lub zabiegów stomatologicznych, w tym wszczepienie implantu, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał również uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 6) leczenia ubezpieczonego przeprowadzonego w klinice medycyny niekonwencjonalnej,
 - 7) leczenia ubezpieczonego lub operacji chirurgicznej, które nie są koniecznością medyczną,
 - 8) leczenia ubezpieczonego lub zabiegów leczniczych innych niż operacja chirurgiczna.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
- 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
22. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego została przeprowadzona operacja chirurgiczna spowodowana wypadkiem w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

23. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
24. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

Czas trwania umowy dodatkowej

25. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
27. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

28. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
29. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

30. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli się zgodzimy na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
32. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
33. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

34. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

35. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

36. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

37. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

38. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

39. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

40. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Załącznik nr 1

Tabela operacji chirurgicznych

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
OPERACJE UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO		
1	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	100
2	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	100
3	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	100
4	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	100
5	Plastyka aorty	100
6	Plastyka komory serca	100
7	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	100
8	Plastyka przedsionka serca	100
9	Plastyka zastawki trójdzielnej	100
10	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	100
11	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	100
12	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	100
13	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	100
14	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	100
15	Rekonstrukcja tętnicy udowej	100
16	Rewizja plastyki zastawki serca	100
17	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu)	100
18	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (operacja na otwartym sercu)	100
19	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	100
20	Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100
21	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	100
22	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	100
23	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	100
24	Walwuloplastyka aortalna	100
25	Walwuloplastyka mitralna	100
26	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	100
27	Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego)	100
28	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100
29	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	100
30	Otwarta walwulotomia	100
31	Wewnątrznaczyniowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	100
32	Wycięcie osierdza	100
33	Zespoleń podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100
34	Przeszczep serca	100
35	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100
36	Otwarta koronaroplastyka	75
37	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	75
38	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnątrzną	75
39	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	75
40	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	75
41	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	75
42	Pomostowanie więcej niż jednej tętnicy wieńcowej	75
43	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	75

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
44	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	75
45	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	75
46	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	75
47	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	75
48	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	75
49	Operacja naprawcza tętnicy biodrowej	50
50	Operacja naprawcza tętnicy podobojczykowej	50
51	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	50
52	Przeznaczeniowa operacja aorty	50
53	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	50
54	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	50
55	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	50
56	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	50
57	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	50
58	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	50
59	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	50
60	Usunięcie skrzepliny z aorty (embolektomia)	50
61	Wszczerpienie systemu wspomagania serca	50
62	Wycięcie innej tętnicy	50
63	Zamknięta walwulotomia	50
64	Drenaż osierdzia	25
65	Inny stały sposób stymulacji serca	25
66	Nacięcie osierdzia	25
67	Operacja naprawcza tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	25
68	Operacja naprawcza tętnicy kończyny górnej	25
69	Operacja naprawcza tętnicy mózgu	25
70	Operacja naprawcza tętnicy nerkowej	25
71	Operacja naprawcza tętnicy udowej	25
72	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	25
73	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	25
74	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	25
75	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	25
76	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	25
77	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	25
78	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	25
79	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	25
80	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	25
81	Zespolenie tętniczo-żylne	25
82	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	25
83	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	12,5
84	Przecięcie osierdzia	12,5
85	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	12,5
86	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	12,5
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
87	Wycięcie płuca	100
88	Wycięcie krtani	100
89	Wycięcie gardła	100
90	Wycięcie krtani i gardła	100
91	Częściowe wycięcie tchawicy	100

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
92	Przeszczep krtani	100
93	Przeszczep płuc	100
94	Rekonstrukcja krtani	100
95	Plastyka tchawicy	75
96	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	75
97	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	75
98	Amputacja nosa	50
99	Częściowe usunięcie oskrzela	50
100	Operacja naprawcza oskrzela	50
101	Operacja naprawcza gardła	50
102	Operacja przetoki tchawicy	50
103	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	50
104	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	50
105	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	50
106	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	50
107	Usunięcie płata płuca	50
108	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	50
109	Wszczepienie protezy głosowej	50
110	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	25
111	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	25
112	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	25
113	Plastyka nosa	25
114	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	25
115	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	12,5
116	Operacja nosa zewnętrznego	12,5
117	Operacja przegrody nosa	12,5
118	Operacja zatoki czołowej	12,5
119	Operacja zatoki klinowej	12,5
120	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej	12,5
121	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	12,5
122	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	12,5
123	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	12,5
OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO		
124	Całkowite wycięcie okrężnicy	100
125	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100
126	Całkowite wycięcie przełyku	100
127	Całkowite wycięcie żołądka	100
128	Operacja naprawcza przełyku	100
129	Zespolenie omijające przełyku	100
130	Wycięcie przełyku i żołądka	100
131	Wycięcie jelita czczego	100
132	Wycięcie jelita krętego	100
133	Wycięcie esicy	100
134	Wycięcie odbytnicy	100
135	Przeszczep wątroby	100
136	Całkowite wycięcie trzustki	100
137	Całkowite wycięcie trzustki z dwunastnicą	100

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
138	Wycięcie głowy trzustki	100
139	Przeszczep trzustki	100
140	Wycięcie ogona trzustki	75
141	Częściowe wycięcie żołądka	75
142	Lewostronna hemikolektomia	75
143	Resekcja poprzecznicy	75
144	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	75
145	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	75
146	Wycięcie dwunastnicy	75
147	Wycięcie odbytu	75
148	Częściowe wycięcie przełyku	50
149	Częściowe wycięcie wątroby	50
150	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	50
151	Gastrostomia	50
152	Jejunostomia	50
153	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	50
154	Nacięcie przełyku	50
155	Nacięcie przewodu żółciowego	50
156	Nacięcie okrężnicy	50
157	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	50
158	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	50
159	Operacja dotycząca sieci	50
160	Operacja naprawcza odbytu	50
161	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	50
162	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	50
163	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	50
164	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	50
165	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	50
166	Operacja żylaków przełyku metodą otwartą	50
167	Rewizja zespolenia jelita krętego	50
168	Rewizja zespolenia przełyku	50
169	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	50
170	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	50
171	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	50
172	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	50
173	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	50
174	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	50
175	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	50
176	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	50
177	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	50
178	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	50
179	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	50
180	Wycięcie kątnicy	50
181	Wyłonienie jelita ślepego	50
182	Wyłonienie kątnicy	50
183	Wytworzenie ileostomii	50
184	Wytworzenie przetoki przełykowej	50
185	Zespolenie omijające dwunastnicy	50
186	Zespolenie omijające jelita czczego	50

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
187	Zespole nie omijające jelita krętego	50
188	Zespole nie omijające okrężnicy	50
189	Zespole nie omijające przełyku	50
190	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	50
191	Usunięcie zmiany wątroby	50
192	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	50
193	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	50
194	Zespole nie pęcherzyka żółciowego	50
195	Zespole nie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	50
196	Przezdunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	50
197	Całkowite wycięcie śledziony	25
198	Zespole nie przewodu trzustkowego	25
199	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	25
200	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	25
201	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	25
202	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	25
203	Nacięcie wątroby	25
204	Operacja antyrefluksowa	25
205	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	25
206	Rewizja ileostomii	25
207	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	25
208	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	25
209	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	25
210	Wycięcie hemoroidów	25
211	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	25
212	Wycięcie zmiany odbytu	25
213	Zespole nie przewodu wątrobowego	25
214	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	12,5
215	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	12,5
216	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	12,5
217	Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy	12,5
218	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	12,5
219	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	12,5
220	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	12,5
221	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	12,5
222	Zniszczenie zmian wątrobowych przeznaczyniowo	12,5
223	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	12,5
224	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	12,5
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
225	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	100
226	Wycięcie obu nerek	100
227	Przeszczep nerki i trzustki	100
228	Całkowite wycięcie nerki	75
229	Przeszczep nerki	75
230	Wycięcie prostaty metodą otwartą	75
231	Częściowe wycięcie nerki	50
232	Nacięcie moczowodu	50
233	Nacięcie nerki	50

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
234	Operacja naprawcza moczowodu	50
235	Reimplantacja moczowodu	50
236	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	50
237	Wycięcie cewki moczowej	50
238	Wycięcie moczowodu	50
239	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	50
240	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	25
241	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	25
242	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	25
243	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	25
244	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	25
245	Operacja naprawcza cewki moczowej	25
246	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	25
247	Powiększenie pęcherza	25
248	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	25
249	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	25
250	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	25
251	Wytworzenie przetoki moczowodowej	25
252	Operacja nerki przez nefrostomię	12,5
253	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	12,5
254	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	12,5
255	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	12,5
256	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureterskop	12,5
257	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	12,5
258	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	12,5
OPERACJE NARZĄDÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO		
259	Wycięcie przysadki mózgowej	100
260	Operacja szyszynki	100
261	Obustronne usunięcie nadnerczy	75
262	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	75
263	Wycięcie przytarczyc	75
264	Wycięcie tarczycy językowej	75
265	Zniszczenie przysadki mózgowej	75
266	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	50
267	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	50
268	Wycięcie grasicy całkowite	50
269	Wycięcie grasicy częściowe	50
270	Wycięcie nadnercza	50
271	Wycięcie tarczycy	50
272	Wycięcie zmiany nadnercza	50
273	Częściowe usunięcie przytarczyc	25
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH I SUTKA		
274	Obustronne radykalne usunięcie piersi	100
275	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	75
276	Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka	75
277	Całkowita rekonstrukcja sutka	75
278	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	75
279	Całkowite wycięcie sutka	75

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
280	Amputacja prącia	75
281	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	75
282	Obustronne proste odjęcie piersi	75
283	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	50
284	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	50
285	Jednostronne proste odjęcie piersi	50
286	Nacięcie jajowodu	50
287	Obustronne wycięcie jąder	50
288	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	50
289	Subtotalna mamektomia	50
290	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	50
291	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	25
292	Częściowe wycięcie jajowodu	25
293	Jednostronne wycięcie jądra	25
294	Obustronne sprowadzenie jąder	25
295	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	25
296	Operacja najądrza	25
297	Operacja pęcherzyków nasiennych	25
298	Operacja wodniaka jądra	25
299	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	25
300	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	25
301	Protezowanie jądra	25
302	Replantacja prącia	25
303	Usunięcie moszny	25
304	Usunięcie zmiany jądra	25
305	Usunięcie zmiany prącia	25
306	Wszczepienie protezy jajowodu	25
307	Wycięcie kwadrantu piersi	25
308	Wycięcie sromu	25
309	Wycięcie szyjki macicy	25
310	Częściowe wycięcie jajnika	12,5
311	Drenaż przez okolicę krocza	12,5
312	Nacięcie kanału pochwy	12,5
313	Nacięcie sutka	12,5
314	Nacięcie zrostów pochwy	12,5
315	Operacja brodawki sutkowej	12,5
316	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	12,5
317	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	12,5
318	Operacja gruczołu Bartholina	12,5
319	Operacja innego więzadła macicy	12,5
320	Operacja łechtaczki	12,5
321	Operacja na przewodach mlekonośnych sutka	12,5
322	Operacja napletka	12,5
323	Operacja naprawcza jajnika	12,5
324	Operacja naprawcza pochwy	12,5
325	Operacja naprawcza w obrębie sromu	12,5
326	Operacja plastyczna pochwy	12,5
327	Operacja plastyczna prącia	12,5
328	Operacja więzadła szerokiego macicy	12,5

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
329	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	12,5
330	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	12,5
331	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	12,5
332	Plastyka sklepienia pochwy	12,5
333	Protezowanie prącia	12,5
334	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	12,5
335	Usunięcie zmiany pochwy	12,5
336	Wycięcie nasieniowodu	12,5
337	Wycięcie pochwy	12,5
338	Wycięcie zmiany sromu	12,5
339	Wycięcie zmiany szyjki macicy	12,5
OPERACJE MÓZGU I UKŁADU NERWOWEGO		
340	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	100
341	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	100
342	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	100
343	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	100
344	Usunięcie zmiany opony mózgu	100
345	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	100
346	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	100
347	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	100
348	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	100
349	Drenaż przestrzeni podoponowej	100
350	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	100
351	Rekonstrukcja opony twardej	100
352	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	100
353	Przeszczep nerwu czaszkowego	100
354	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	75
355	Chemotamectomia	75
356	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	75
357	Przecięcie dróg mózgowych	75
358	Talamotomia	75
359	Wszczepienie stymulatora mózgu	75
360	Wycięcie guza mózdzku	75
361	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	75
362	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	75
363	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	50
364	Sympatektomia szyjna	50
365	Wentrykulostomia	50
366	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	50
367	Dekortykacja opon mózgu	25
368	Wycięcie nerwu obwodowego	25
369	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	25
370	Zniszczenie nerwu obwodowego	25
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
371	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	100
372	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	100
373	Otwarcie czaszki	100
374	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	100

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
375	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	100
376	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	100
377	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	75
378	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	75
379	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	75
380	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	75
381	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	75
382	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	75
383	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	75
384	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	75
385	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	75
386	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	50
387	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	50
388	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	50
389	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	50
390	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	50
391	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	50
392	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	50
393	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	50
394	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	50
395	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	50
396	Usunięcie zmiany kości	50
397	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	50
398	Wycięcie żuchwy	50
399	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	50
400	Całkowita rekonstrukcja kciuka	25
401	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	25
402	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	25
403	Całkowite wycięcie kości	25
404	Częściowe wycięcie żuchwy	25
405	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	25
406	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	25
407	Korekcja stopy końsko-szpotawej	25
408	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	25
409	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	25
410	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	25
411	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	25
412	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	25
413	Operacja naprawcza czaszki	25
414	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	25
415	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	25
416	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	25
417	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	25
418	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	25
419	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	25
420	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	25
421	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	25
422	Rozdzielenie trzonu kości	25
423	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	25

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
424	Usunięcie zmiany kręgosłupa	25
425	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	25
426	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	25
427	Wycięcie kości twarzy	25
428	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	25
429	Amputacja palucha	12,5
430	Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	12,5
431	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	12,5
432	Drenaż kości	12,5
433	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	12,5
434	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	12,5
435	Operacja haluksa	12,5
436	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	12,5
437	Operacja struktur okołostawowych palucha	12,5
438	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	12,5
439	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	12,5
440	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	12,5
441	Rozdzielenie kości stopy	12,5
442	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	12,5
443	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	12,5
444	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	12,5
445	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	12,5
446	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	12,5
447	Rozdzielenie żuchwy	12,5
448	Stabilizacja żuchwy	12,5
449	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	12,5
450	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	12,5
451	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	12,5
452	Uwolnienie przykurczu stawu	12,5
453	Wyciąg szkieletowy kości	12,5
454	Wycięcie kości ektopowej	12,5
455	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	12,5
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
456	Operacja naprawcza pękniętej przepony	100
457	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	75
458	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	50
459	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	50
460	Operacja przewodu limfatycznego	50
461	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	50
462	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	50
463	Przeszczep mięśnia	50
464	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	25
465	Operacja kaletki maziowej	25
466	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	25
467	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	25
468	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	25
469	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	25
470	Protezowanie ścięgna	25
471	Przełożenie ścięgna	25

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
472	Przeszczep powięzi	25
473	Uwolnienie ścięgna	25
474	Usunięcie zmiany powięzi	25
475	Uwolnienie przykurczu mięśnia	25
476	Wycięcie pochewki ścięgna	25
477	Wycięcie powięzi brzucha	25
478	Wycięcie ścięgna	25
479	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	25
480	Wycięcie zmiany przepony	25
481	Zmiana długości ścięgna	25
482	Drenaż węzła chłonnego	12,5
483	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	12,5
484	Operacja dotycząca pępka	12,5
485	Operacja zespołu cieśni nadgarstka	12,5
486	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	12,5
487	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	12,5
488	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	12,5
489	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	12,5
490	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	12,5
491	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	12,5
492	Plastyka przepukliny pępkowej	12,5
493	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	12,5
494	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	12,5
495	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	12,5
496	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	12,5
497	Wycięcie zmiany otrzewnej	12,5
498	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	12,5
499	Wzmocnienie ścięgna protezą	12,5
500	Wycięcie mięśnia	12,5
OPERACJE OKA		
501	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	100
502	Katarakta – usunięcie obustronne	75
503	Katarakta – usunięcie jednostronne	50
504	Korekcja opadania powieki	50
505	Operacja ciała szklanego	50
506	Operacyjna plastyka oczodołu	50
507	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	50
508	Usunięcie zmiany oczodołu	50
509	Wycięcie gałki ocznej	50
510	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	50
511	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	25
512	Nacięcie rogówki	25
513	Nacięcie tęczówki	25
514	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	25
515	Nacięcie twardówki	25
516	Nacięcie oczodołu	25
517	Operacja naprawcza rogówki	25
518	Plastyka rogówki	25

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
519	Protezowanie gałki ocznej	25
520	Rekonstrukcja powieki	25
521	Rewizja protezy gałki ocznej	25
522	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	25
523	Repozycja mięśnia okoruchowego	25
524	Usunięcie zmiany twardówki	25
525	Usunięcie ciała rzęskowego	25
526	Wewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	25
527	Wprowadzenie sztucznej soczewki	25
528	Wycięcie tęczówki	25
529	Wycięcie zmiany rogówki	25
530	Zniszczenie zmiany siatkówki	25
531	Usunięcie mięśnia okoruchowego	25
532	Korekcja deformacji powieki	12,5
533	Nacięcie powieki	12,5
534	Nacięcie spojówki	12,5
535	Nacięcie torebki soczewki oka	12,5
536	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	12,5
537	Operacja kanału łzowego	12,5
538	Operacja naprawcza spojówki	12,5
539	Przeszczep rogówki	12,5
540	Usunięcie zmiany powieki	12,5
541	Usunięcie zmiany spojówki	12,5
542	Wycięcie ciała rzęskowego	12,5
543	Wycięcie nadmiaru powieki	12,5
OPERACJE UCHA		
544	Operacja ślimaka	100
545	Operacja aparatu przedsionkowego	50
546	Operacja naprawcza błony bębenkowej	50
547	Operacja trąbki Eustachiusza	50
548	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	50
549	Usunięcie zmiany ucha środkowego	50
550	Otwarcie wyrostka sutkowatego	50
551	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	25
552	Plastyka ucha zewnętrznego	25
553	Wycięcie ucha zewnętrznego	25
554	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	25
555	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części skórnej z przeszczepem skóry	25
556	Drenaż ucha środkowego	12,5
557	Drenaż ucha zewnętrznego	12,5
558	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	12,5
OPERACJE SKÓRY		
559	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	75
560	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	50
561	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	25
562	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	25
563	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	25
564	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	25

Lp.	Nazwa procedury	% sumy ubezpieczenia
565	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno	25
566	Przeszczep płata skóry owłosionej	25
567	Przeszczep płata śluzówki	25
568	Przeszczep śluzówki	25
569	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	25
570	Siatkowy autoprzeszczep skóry	25
571	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno	12,5
572	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	12,5
573	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	12,5
OPERACJE JAMY USTNEJ		
574	Korekcja deformacji podniebienia	50
575	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	50
576	Wycięcie języka	50
577	Korekcja deformacji wargi	25
578	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	25
579	Wycięcie ślinianki	25
580	Częściowe wycięcie języka	12,5
581	Częściowe wycięcie wargi	12,5
582	Korekcja deformacji podniebienia	12,5
583	Nacięcie gruczołu ślinowego	12,5
584	Nacięcie języka	12,5
585	Podwiązanie przewodu ślinowego	12,5
586	Poszerzenie przewodu ślinowego	12,5
587	Przeszczepienie przewodu ślinowego	12,5
588	Usunięcie zmiany języka	12,5
589	Usunięcie zmiany podniebienia	12,5
590	Usunięcie zmiany ślinianki	12,5
591	Usunięcie zmiany wargi	12,5
592	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	12,5
593	Wycięcie migdałków podniebiennych	12,5
594	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	12,5
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW		
595	Wszczepienie protezy kończyny	100
596	Przeszczep twarzy (cała twarz)	100
597	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	50
598	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	50
599	Reimplantacja innego narządu	50
600	Reimplantacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	50
601	Reimplantacja kończyny dolnej na poziomie uda	50
602	Reimplantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	50
603	Reimplantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	50
604	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	25
605	Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	25
606	Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	25
607	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	25
608	Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	25
609	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	25
610	Przeszczep szpiku kostnego	25
611	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	12,5

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8 Świadczenie: pkt. 13, 14, 15, 16 Wypłata świadczenia: pkt. 17, 18
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 8 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 19, 20, 21, 22, 23

Pobyt w szpitalu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu

SZP-OWDU-0625



VIENNA INSURANCE GROUP

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	76
Słownik pojęć	76
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	78
Suma ubezpieczenia	79
Świadczenie	79
Wypłata świadczenia	80
Wyłączenia odpowiedzialności	81
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	82
Odstąpienie od umowy dodatkowej	83
Rozwiązanie umowy dodatkowej	83
Składka za ryzyko	84
Reklamacje	84

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu uchwałą nr 5/08/2025.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informacje o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Za chorobę nie uznajemy: ciąży, porodu oraz połogu.

dzień pobytu w szpitalu

- 1) Dzień przyjęcia do szpitala oraz
- 2) każdy kolejny rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu.



Dzień przyjęcia do szpitala uznamy za dzień pobytu w szpitalu, jeśli trwał on nieprzerwanie co najmniej 12 godzin.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.

pobyt w szpitalu	Okres, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, który nastąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego i został odpowiednio udokumentowany.  Za pobyt w szpitalu nie uznajemy: • pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych, • pobytu na oddziale dziennym, • pobytu dziennego.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota za dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
szpital	Publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który: • udziela świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych, w tym świadczy całodobową opiekę medyczną, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz zabiegi chirurgiczne, • zatrudnia 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, • zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa prowadzi działalność na terytorium Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada (jeżeli państwo, które na dzień zawarcia umowy dodatkowej było członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa).  Za szpital nie uznajemy: • szpitala psychiatrycznego, • jednostki organizacyjnej prowadzącej różne formy opieki albo pomocy dotyczące: chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych, zaburzeń psychicznych lub uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, • sanatorium lub uzdrowiska, • jednostki prewencyjnej lub rehabilitacyjnej, • jednostki świadczącej opiekę paliatywno-hospicyjną, • domu opieki.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu ubezpieczonego w szpitalu zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie ubezpieczenia dodatkowego albo
 - 2) wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
7. Pobyt ubezpieczonego w szpitalu musi trwać co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu.

Przykłady, jak wyliczamy liczbę dni pobytu w szpitalu:

**Opis zdarzenia:**

Przyjęcie do szpitala po wypadku przed południem

Data i godzina przyjęcia:

12.05, godz. 09:30 (SOR), przyjęcie na oddział 11:15

Data i godzina wypisu:

15.05, godz. 12:30

Liczba dni pobytu w szpitalu:

4 dni (12–15.05)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie na oddział przed 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się liczy; świadczenie należne za 4 dni pobytu w szpitalu.

**Opis zdarzenia:**

Przyjęcie do szpitala po wypadku po południu

Data i godzina przyjęcia:

03.07, godz. 16:20

Data i godzina wypisu:

05.07, godz. 10:20

Liczba dni pobytu w szpitalu:

2 dni (04–05.07)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie do szpitala po 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się nie liczy (dzień przyjęcia trwał krócej niż 12 godzin); świadczenie należne za 2 dni pobytu w szpitalu.

**Opis zdarzenia:**

SOR po wypadku, później oddział

Data i godzina przyjęcia:

10.01, godz. 07:45 (SOR), przyjęcie na oddział o godz. 10:40

Data i godzina wypisu:

13.01, godz. 12:00

Liczba dni pobytu w szpitalu:

4 dni (10–13.01)

Wyjaśnienie:

SOR zakończony przyjęciem na oddział przed 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się liczy; świadczenie należne za 4 dni pobytu w szpitalu.

**Opis zdarzenia:**

Pobyt w szpitalu po wypadku trwający 1 dzień

Data i godzina przyjęcia:

17.04, godz. 15:10

Data i godzina wypisu:

18.04, godz. 08:00

Liczba dni pobytu w szpitalu:

1 dzień (18.04)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie po 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się nie liczy (dzień przyjęcia trwał krócej niż 12 godzin); świadczenie należne za 1 dzień pobytu w szpitalu.

**Opis zdarzenia:****Pobyty w szpitalu z powodu choroby trwający 1 dzień****Data i godzina przyjęcia:**

25.06, godz. 12:45

Data i godzina wypisu:

26.06, godz. 07:20

Liczba dni pobytu w szpitalu:

1 dzień (26.06)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie po 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się nie liczy; świadczenie nie przysługuje, bo w przypadku choroby wymagane są co najmniej 2 dni pobytu w szpitalu.



Pamiętaj, że dni pobytu w szpitalu liczymy zgodnie z definicją: dzień przyjęcia do szpitala wyliczamy jeśli trwał nieprzerwanie co najmniej 12 godzin.

Minimalny okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu uprawniający do wypłaty świadczenia wynosi: 1 dzień.

8. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:
- 1) od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli pobyt w szpitalu był spowodowany wypadkiem,
 - 2) po upływie 90 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli pobyt w szpitalu był spowodowany chorobą.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

9. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
10. Możesz złożyć wniosek o:
- 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

11. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
12. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
- 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłaceniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

13. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacimy ubezpieczonemu.
14. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy liczbę dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu przez sumę ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień pobytu w szpitalu.



Za dany pobyt w szpitalu wypłacimy tylko jedno świadczenie.

15. W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego możemy wypłacić świadczenie maksymalnie za 92 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu, niezależnie od liczby pobyków w szpitalu.



Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w ostatnim roku okresu ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po ostatnim dniu obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego, świadczenie wypłacimy również za te dni pobytu w szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu ubezpieczenia dodatkowego.

16. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku na oddziale, który specjalizuje się w leczeniu schorzeń neurologicznych, w każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy świadczenie za nie więcej niż 30 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu na tym oddziale.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

17. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



- 1) wniosku o wypłatę



- 2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



- 3) dokumentów związanych z pobytem ubezpieczonego w szpitalu:
- karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis),
 - kopii skierowania do szpitala, o ile zostało wystawione,
- albo



- 4) dokumentów, które potwierdzają, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu został spowodowany wypadkiem:
- karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis),
 - raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
 - dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej

18. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku tych okoliczności..

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli pobyt ubezpieczonego w szpitalu był wynikiem wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub został spowodowany albo nastąpił w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

20. Nie wypłacimy świadczenia również w przypadku, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został albo nastąpił w wyniku:

- 1) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez ubezpieczonego,
- 2) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia u ubezpieczonego wszelkich chorób będących następstwem tego faktu, w tym wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
- 3) rutynowych badań lekarskich ubezpieczonego, badań okresowych albo konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia ubezpieczonego,
- 4) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych u ubezpieczonego oraz ich skutków,
- 5) leczenia stomatologicznego lub zabiegów stomatologicznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, chyba że wynikają one z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 6) leczenia chorób zawodowych u ubezpieczonego oraz ich skutków,
- 7) leczenia następstw skażenia jonizującego,
- 8) wystąpienia u ubezpieczonego dyskopatii lub przepuklin jądra miażdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- 9) zabiegów chirurgii kosmetycznej przeprowadzonych u ubezpieczonego z wyłączeniem sytuacji usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 10) pobytu obserwacyjnego ubezpieczonego, jeśli był spowodowany inną przyczyną niż wypadek,
- 11) prowadzenia u ubezpieczonego jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
- 12) leczenia lub zabiegów leczniczych lub diagnostycznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, z wyjątkiem tych, których konieczność przeprowadzenia wynika z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

21. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu ubezpieczonego został zlecony przez lekarza przed dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

22. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, jeśli:
- 1) w sytuacji kiedy ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
23. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

24. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
25. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

26. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

27. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
29. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

30. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
31. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

32. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
33. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl) lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
34. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
35. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

36. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

37. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

38. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

39. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyżysz/obniżysz sumę ubezpieczenia.

40. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

41. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

42. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7 Świadczenie: pkt. 12, 13, 14, 15 Wypłata świadczenia: pkt. 16, 17
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 18, 19, 20, 21

Pobyt w szpitalu w wyniku wypadku
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku
wypadku**

SZPNW-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	88
Słownik pojęć	88
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	90
Suma ubezpieczenia	91
Świadczenie	91
Wypłata świadczenia	92
Wyłączenia odpowiedzialności	92
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	93
Odstąpienie od umowy dodatkowej	94
Rozwiązanie umowy dodatkowej	94
Składka za ryzyko	94
Reklamacje	95

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

dzień pobytu w szpitalu

- 1) Dzień przyjęcia do szpitala oraz
- 2) każdy kolejny rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu.



Dzień przyjęcia do szpitala uznamy za dzień pobytu w szpitalu, jeśli trwał on nieprzerwanie co najmniej 12 godzin.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej.



Okres ubezpieczenia dodatkowego może trwać maksymalnie do 75. roku życia ubezpieczonego.

pobyt w szpitalu

Okres, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, który nastąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego i został odpowiednio udokumentowany.



Za pobyt w szpitalu nie uznajemy:

- pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych,
- pobytu na oddziale dziennym,
- pobytu dziennego

rekreacyjne uprawianie sportu

Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.

składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota za dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
szpital	Publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który: • udziela świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych, w tym świadczy całodobową opiekę medyczną, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz zabiegi chirurgiczne, • zatrudnia 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, • zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa prowadzi działalność na terytorium Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada (jeżeli państwo, które na dzień zawarcia umowy dodatkowej było członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa).  Za szpital nie uznajemy: • szpitala psychiatrycznego, • jednostki organizacyjnej prowadzącej różne formy opieki albo pomocy dotyczące: chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych, zaburzeń psychicznych lub uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, • sanatorium lub uzdrowiska, • jednostki prewencyjnej lub rehabilitacyjnej, • jednostki świadczącej opiekę paliatywno-hospicyjną, domu opieki.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 65 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku. Wypadek oraz pobyt w szpitalu muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
7. Pobyt ubezpieczonego w szpitalu musi trwać co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu.

Przykłady jak wyliczamy liczbę dni pobytu w szpitalu:



Opis zdarzenia:

Przyjęcie do szpitala po wypadku przed południem

Data i godzina przyjęcia:

12.05, godz. 09:30 (SOR), przyjęcie na oddział 11:15

Data i godzina wypisu:

15.05, godz. 12:30

Liczba dni pobytu w szpitalu:

4 dni (12–15.05)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie na oddział przed 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się liczy; świadczenie należne za 4 dni pobytu w szpitalu.



Opis zdarzenia:

Przyjęcie do szpitala po wypadku po południu

Data i godzina przyjęcia:

03.07, godz. 16:20

Data i godzina wypisu:

05.07, godz. 10:20

Liczba dni pobytu w szpitalu:

2 dni (04–05.07)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie do szpitala po 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się nie liczy (dzień przyjęcia trwał krócej niż 12 godzin); świadczenie należne za 2 dni pobytu w szpitalu.



Opis zdarzenia:

SOR po wypadku, później oddział

Data i godzina przyjęcia:

10.01, godz. 07:45 (SOR), przyjęcie na oddział o godz. 10:40

Data i godzina wypisu:

13.01, godz. 12:00

Liczba dni pobytu w szpitalu:

4 dni (10–13.01)

Wyjaśnienie:

SOR zakończony przyjęciem na oddział przed 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się liczy; świadczenie należne za 4 dni pobytu w szpitalu.



Opis zdarzenia:

Pobyt w szpitalu po wypadku trwający 1 dzień

Data i godzina przyjęcia:

17.04, godz. 15:10

Data i godzina wypisu:

18.04, godz. 08:00

Liczba dni pobytu w szpitalu:

1 dzień (18.04)

Wyjaśnienie:

Przyjęcie po 12:00, więc dzień przyjęcia do szpitala się nie liczy (dzień przyjęcia trwał krócej niż 12 godzin); świadczenie należne za 1 dzień pobytu w szpitalu.



Pamiętaj, że dni pobytu w szpitalu liczymy zgodnie z definicją: dzień przyjęcia do szpitala wliczamy, jeśli trwał nieprzerwanie co najmniej 12 godzin.

Minimalny okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku uprawniający do wypłaty świadczenia wynosi **1 dzień**.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

8. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
9. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

10. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
11. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacaniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy

12. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacimy ubezpieczonemu.
13. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy liczbę dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przez sumę ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień pobytu w szpitalu.



Za dany pobyt w szpitalu wypłacimy tylko jedno świadczenie.

14. W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego możemy wypłacić świadczenie maksymalnie za 92 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu, niezależnie od liczby pobyków w szpitalu.



Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w ostatnim roku okresu ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po ostatnim dniu obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego, świadczenie wypłacimy również za te dni pobytu w szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu ubezpieczenia dodatkowego.

15. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku na oddziale, który specjalizuje się w leczeniu schorzeń neurologicznych, w każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy świadczenie za nie więcej niż 30 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu na tym oddziale.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

16. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis)



4) dokumentów, które potwierdzają, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu został spowodowany wypadkiem:

- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej

17. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku był skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

18. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli pobyt ubezpieczonego w szpitalu był wynikiem wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub został spowodowany albo nastąpił w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 9) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

19. Nie wypłacimy świadczenia również w przypadku, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu został spowodowany albo nastąpił w wyniku:
- 1) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez ubezpieczonego,
 - 2) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia u ubezpieczonego wszelkich chorób będących następstwem tego faktu, w tym wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 3) rutynowych badań lekarskich ubezpieczonego, badań okresowych albo konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia ubezpieczonego,
 - 4) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych u ubezpieczonego oraz ich skutków,
 - 5) leczenia stomatologicznego lub zabiegów stomatologicznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, chyba że wynikają one z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
 - 6) leczenia chorób zawodowych u ubezpieczonego oraz ich skutków,
 - 7) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - 8) wystąpienia u ubezpieczonego dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 9) zabiegów chirurgii kosmetycznej przeprowadzonych u ubezpieczonego z wyłączeniem sytuacji usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
 - 10) pobytu obserwacyjnego ubezpieczonego, jeśli był spowodowany inną przyczyną niż wypadek,
 - 11) prowadzenia u ubezpieczonego jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - 12) konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia ubezpieczonego,
 - 13) leczenia lub zabiegów leczniczych lub diagnostycznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, z wyjątkiem tych, których konieczność przeprowadzenia wynika z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
20. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, jeśli:
- 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
21. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku w następstwie okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

22. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
23. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

24. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

25. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
26. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
27. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

28. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

29. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym złożyłeś oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



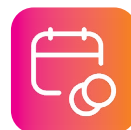
Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 75. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

30. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

31. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,

- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia.

32. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

33. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

34. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8 Świadczenie: pkt. 14, 15, 16, 17, 18 Wypłata świadczenia: pkt. 19, 20
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 8 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 21, 22, 23

Poważne zachorowanie

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

PZ-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	98
Słownik pojęć	98
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	101
Suma ubezpieczenia	103
Świadczenie	103
Wypłata świadczenia	106
Wyłączenia odpowiedzialności	106
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	107
Odstąpienie od umowy dodatkowej	108
Rozwiązanie umowy dodatkowej	108
Składka za ryzyko	109
Indeksacja składki za ryzyko	109
Reklamacje	109
Definicje poważnych zchorowań	110

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarłeś umowę podstawową, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.

Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Za chorobę nie uznajemy: ciąży, porodu oraz połogu.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.

poważne zachorowanie

- 1) anemia aplastyczna
- 2) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)
- 3) bąblowiec mózgu
- 4) borelioza
- 5) chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej
- 6) cholera
- 7) choroba Creutzfeldta-Jakoba
- 8) choroba Heinego-Medina (polio)
- 9) choroba Huntingtona
- 10) choroba Leśniowskiego-Crohna
- 11) choroba neuronu ruchowego
- 12) choroba Parkinsona
- 13) ciężka sepsa
- 14) ciężki uraz głowy
- 15) ciężkie oparzenia
- 16) cukrzyca typu I (insulinozależna)
- 17) dystrofia mięśniowa
- 18) gorączka denga
- 19) gruźlica
- 20) infekcyjne zapalenie wsierdzia
- 21) kardiomiopatia
- 22) malaria
- 23) miastenia
- 24) niewydolność nerek
- 25) odkleszczowe zapalenie mózgu
- 26) operacja aorty
- 27) operacja mózgu
- 28) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
- 29) operacja wszczepienia zastawki serca
- 30) ostra niewydolność wątroby
- 31) paraliż
- 32) pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne)
- 33) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby
- 34) postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)
- 35) postępujące porażenie nadjądrowe
- 36) przeszczep narządu
- 37) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ B
- 38) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ C
- 39) reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)
- 40) ropień mózgu
- 41) schyłkowa niewydolność oddechowa
- 42) schyłkowa niewydolność wątroby
- 43) stwardnienie rozsiane
- 44) śpiączka
- 45) tężec
- 46) toczeń rumieniowaty układowy
- 47) transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV
- 48) udar mózgu
- 49) usunięcie płuca (pneumonektomia)
- 50) utrata kończyny
- 51) utrata mowy
- 52) utrata słuchu
- 53) utrata wzroku
- 54) walwuloplastyka balonowa
- 55) wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- 56) wścieklizna
- 57) zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimer)
- 58) zakażona martwica trzustki
- 59) zapalenie mózgu

- 60) zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych
- 61) zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
- 62) zawał serca
- 63) zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru HIV
- 64) żółta gorączka.



Definicję każdej z wyżej wymienionych chorób znajdziesz w załączniku do tego dokumentu.

składka za ryzyko

Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie.

Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę.

Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

suma ubezpieczenia

Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

szpital

Publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który:

- udziela świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych, w tym świadczy całodobową opiekę medyczną, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz zabiegi chirurgiczne,
- zatrudnia 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym,
- zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa prowadzi działalność na terytorium Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada (jeżeli państwo, które na dzień zawarcia umowy dodatkowej było członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa).



Za szpital nie uznajemy:

- szpitala psychiatrycznego,
- jednostki organizacyjnej prowadzącej różne formy opieki albo pomocy dotyczące: chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych, zaburzeń psychicznych lub uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych,
- sanatorium lub uzdrowiska,
- jednostki prewencyjnej lub rehabilitacyjnej,
- jednostki świadczącej opiekę paliatywno-hospicyjną,
- domu opieki.

świadczenie

Kwota, którą wypłacimy w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

ubezpieczony

Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.



Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.

umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe

Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.

umowa podstawowa lub umowa

Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.

warunki dodatkowego ubezpieczenia

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania.

wypadek

Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które:

- jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz
- jest wywołane przyczyną zewnętrzną oraz
- jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz
- nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania. Poważne zachorowanie musi wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
7. We wniosku o dodatkowe ubezpieczenie wybierasz jeden z dostępnych wariantów ubezpieczenia:

Poważne zachorowanie	Wariant ubezpieczenia		
	Cardio	Vital	TotalMed
udar mózgu	✓	✓	✓
operacja wszczepienia zastawki serca	✓	✓	✓
operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	✓	✓	✓
zawał serca	✓	✓	✓
operacja aorty	✓	✓	✓
kardiomiopatia	✓	✓	✓
infekcyjne zapalenie wsierdzia	✓	✓	✓
niewydolność nerek		✓	✓
przeszczep narządu		✓	✓
utrata mowy		✓	✓
utrata słuchu		✓	✓
utrata wzroku		✓	✓
ciężkie oparzenia		✓	✓
stwardnienie rozsiane		✓	✓
paraliż		✓	✓
anemia aplastyczna		✓	✓
piorunujące wirusowe zapalenie wątroby			✓
utrata kończyny			✓
ciężka sepsa			✓
zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru HIV			✓
zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)			✓
śpiączka			✓
transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV			✓
choroba Parkinsona			✓
choroba Leśniowskiego-Crohna			✓
zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych			✓
choroba neuronu ruchowego			✓
zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie			✓
odkleszczowe zapalenie mózgu			✓
choroba Creutzfeldta-Jakoba			✓
ciężki uraz głowy			✓
dystrofia mięśniowa			✓
postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)			✓

Poważne zachorowanie	Wariant ubezpieczenia		
	Cardio	Vital	TotalMed
zapalenie mózgu			✓
bąblowiec mózgu			✓
pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne)			✓
ostra niewydolność wątroby			✓
ropień mózgu			✓
wrzodziejące zapalenie jelita grubego			✓
zakażona martwica trzustki			✓
cholera			✓
gorączka denga			✓
malaria			✓
tężec			✓
wścieklizna			✓
żółta gorączka			✓
schyłkowa niewydolność oddechowa			✓
schyłkowa niewydolność wątroby			✓
choroba Huntingtona			✓
toczeń rumieniowaty układowy			✓
gruźlica			✓
borelioza			✓
reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)			✓
cukrzyca typu I (insulinozależna)			✓
angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)			✓
usunięcie płuca (pneumonektomia)			✓
operacja mózgu			✓
miastenia			✓
chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej			✓
walwuloplastyka balonowa			✓
przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ B			✓
przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ C			✓
postępujące porażenie nadjędrówce			✓
choroba Heinego-Medina (polio)			✓



Wiek ubezpieczonego wpływa na dostępność wariantów ubezpieczenia:

- dla osób w wieku od 3 miesięcy do 18 lat dostępny jest tylko wariant TotalMed,
- dla osób w wieku od 18 lat do 60 lat możesz wybrać dowolny wariant.

8. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:

- 1) od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli poważne zachorowanie było spowodowane wypadkiem,
- 2) po upływie 90 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli poważne zachorowanie było spowodowane chorobą.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

9. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
 10. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia - w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia - po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.
-  **Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje dotyczące jego aktualnego stanu zdrowia. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.**
11. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
 12. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłaceniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.
 13. Nie możesz podwyższyć sumy ubezpieczenia po wystąpieniu poważnego zachorowania.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

14. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania w okresie ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% albo 50%, albo 25%, albo 10% sumy ubezpieczenia - w zależności od poważnego zachorowania oraz wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia.

Poważne zachorowanie objęte ochroną	Wariant ubezpieczenia		
	Cardio	Vital	TotalMed
udar mózgu	100%	100%	100%
operacja wszczepienia zastawki serca	100%	100%	100%
operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	100%	100%	100%
zawał serca	100%	100%	100%
operacja aorty	100%	100%	100%
kardiomiopatia	25%	25%	100%
infekcyjne zapalenie wsierdza	25%	25%	100%
niewydolność nerek		100%	100%
przeszczep narządu		100%	100%
utrata mowy		100%	100%
utrata słuchu		100%	100%
utrata wzroku		100%	100%
ciężkie oparzenia		100%	100%
stwardnienie rozsiane		100%	100%
paraliż		100%	100%
anemia aplastyczna		100%	100%
piorunujące wirusowe zapalenie wątroby			100%

Poważne zachorowanie objęte ochroną	Wariant ubezpieczenia		
	Cardio	Vital	TotalMed
utrata kończyny			100%
ciężka sepsa			100%
zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru HIV			100%
zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)			100%
śpiączka			100%
transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV			100%
choroba Parkinsona			100%
choroba Leśniowskiego-Crohna			100%
zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych			100%
choroba neuronu ruchowego			100%
zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie			100%
odkleszczowe zapalenie mózgu			100%
choroba Creutzfeldta-Jakoba			100%
ciężki uraz głowy			100%
dystrofia mięśniowa			100%
postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)			100%
zapalenie mózgu			100%
bąblowiec mózgu			100%
pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne)			100%
ostra niewydolność wątroby			100%
ropień mózgu			100%
wrzodziejące zapalenie jelita grubego			100%
zakażona martwica trzustki			100%
cholera			10%
gorączka denga			10%
malaria			25%
tężec			25%
wścieklizna			25%
żółta gorączka			10%
schyłkowa niewydolność oddechowa			100%
schyłkowa niewydolność wątroby			100%
choroba Huntingtona			100%
toczeń rumieniowaty układowy			100%
gruźlica			100%
borelioza			100%
reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)			100%
cukrzyca typu I (insulinozależna)			100%
angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)			50%
usunięcie płuca (pneumonektomia)			100%
operacja mózgu			100%
miastenia			100%
chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej			25%
walwuloplastyka balonowa			25%

Poważne zachorowanie objęte ochroną	Wariant ubezpieczenia		
	Cardio	Vital	TotalMed
przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ B			100%
przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ C			100%
postępujące porażenie nadjądrowe			100%
choroba Heinego-Medina (polio)			100%

15. W okresie ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony może otrzymać kilka świadczeń, jeśli w tym czasie wystąpi więcej niż jedno poważne zachorowanie.
16. W okresie ubezpieczenia dodatkowego za każde poważne zachorowanie objęte ochroną w ramach wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia, wypłacimy świadczenie tylko jeden raz.



Oznacza to, że nie wypłacimy ponownie pieniędzy za to samo poważne zachorowanie.

17. W okresie ubezpieczenia dodatkowego w przypadku wystąpienia zawału serca i zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), wypłacimy świadczenie tylko za jedno z nich, a nasza ochrona w zakresie drugiego z tych poważnych zachorowań wygaśnie.
18. Jeśli dane poważne zachorowanie wystąpiło już w okresie ubezpieczenia dodatkowego i wypłaciliśmy za nie świadczenie w wysokości:
- 1) 100% sumy ubezpieczenia, to ubezpieczony nie dostanie więcej pieniędzy za kolejne powiązane z nim poważne zachorowania,
 - 2) mniej niż 100% sumy ubezpieczenia, to za kolejne powiązane z nim poważne zachorowania możemy wypłacić jeszcze pieniądze, ale łącznie za wszystkie powiązane ze sobą poważne zachorowania wypłacimy nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia.



Czym są powiązane ze sobą poważne zachorowania?

Powiązane ze sobą poważne zachorowania to takie, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym.

Oznacza to, że:

- jedno z nich powoduje lub przyczynia się do powstania drugiego; innymi słowy, obecność pierwszego poważnego zachorowania ma bezpośredni lub pośredni wpływ na wystąpienie lub rozwój kolejnego poważnego zachorowania albo
- oba poważne zachorowania powstały w wyniku jednego wypadku.

Ocena tego, czy poważne zachorowania są ze sobą powiązane, odbywa się wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej.

Przykład:



Ubezpieczony, który ma ochronę w ramach wariantu **Cardio**, zachorował na kardiomiopatię. Za to poważne zachorowanie wypłaciliśmy świadczenie w wysokości **25% sumy ubezpieczenia**.



Po pewnym czasie ubezpieczony miał udar mózgu. Z dokumentacji medycznej wynika, że udar był powikłaniem wcześniej zdiagnozowanej kardiomiopatii. Obie choroby są ze sobą powiązane, dlatego za udar mózgu wypłacimy świadczenie w wysokości **75% sumy ubezpieczenia**.



Łącznie za te dwie choroby możemy wypłacić maksymalnie **100% sumy ubezpieczenia**.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

19. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, dokumenty medyczne, które potwierdzają jego wystąpienie



4) danych adresowych placówek medycznych, w których ubezpieczony był lub jest zarejestrowany lub leczony



Dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest dzień postawienia diagnozy przez lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją poważnego zachorowania wskazaną w słowniku. W przypadku zabiegów chirurgicznych wskazanych jako poważne zachorowanie – dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest dzień przeprowadzenia tego zabiegu operacyjnego.

20. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie ubezpieczonego było skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

21. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło u ubezpieczonego w wyniku:

1) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie poważnego zachorowania,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

2) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie poważnego zachorowania,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 3) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na jego własną prośbę lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.
22. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, jeśli:
- 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
23. Nie wypłacimy również świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego wystąpiło u ubezpieczonego poważne zachorowanie w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

24. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
25. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

26. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

27. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
29. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

30. Umowa dodatkowa jest zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
31. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

32. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
33. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
34. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
35. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

36. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

37. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej - w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

38. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

39. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wybranego wariantu ubezpieczenia,
- 3) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 4) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 5) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 6) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

40. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

41. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

42. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

43. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Definicje poważnych chorowań

Załącznik do warunków dodatkowego ubezpieczenia

- | | |
|--|--|
| 1) anemia aplastyczna | <p>Niewydolność szpiku kostnego, która jest jednoznacznie zdiagnozowana przez specjalistę i udokumentowana wynikiem biopsji szpiku kostnego.</p> <p>Anemia aplastyczna musi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. prowadzić do co najmniej 2 z 3 następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości oraz2. wymagać leczenia co najmniej jedną z metod:<ol style="list-style-type: none">a) czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego,b) środki immunosupresyjne,c) przeszczep szpiku kostnego. <p> Za anemię aplastyczną nie uznajemy izolowanej aplazji linii erytropoetycznej.</p> |
| 2) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA) | <p>Pierwszy zabieg angioplastyki, ateryktomii lub wszczepienia stentu w celu korekcy minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi potwierdzić lekarz specjalista.</p> <p>Zwężenie drożności musi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. być potwierdzone wynikiem angiografii ze wskazaniem stopnia zwężenia naczynia przed operacją oraz2. powodować pogorszenie funkcji komory lub3. wywoływać objawy niedokrwienia mięśnia sercowego udokumentowane pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub4. być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego. |
| 3) bąblowiec mózgu | <p>Choroba pasożytnicza rozpoznana w badaniu płynu lub badania histopatologicznego cysty – na podstawie badań pobranych w trakcie biopsji lub w trakcie operacyjnej resekcji zmiany, utworzonej przez pasożyta.</p> |
| 4) borelioza | <p>Odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju <i>Borrelia</i> przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze:</p> <ul style="list-style-type: none">• zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem,• zapaleniem stawów,• zapaleniem mięśnia sercowego oraz• różnorodnymi objawami neurologicznymi. |
| 5) chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej | <p>Odpowiadamy za wystąpienie boreliozy jedynie wtedy, gdy łącznie zostaną spełnione warunki:</p> <ol style="list-style-type: none">1. w celu leczenia choroby niezbędny był pobyt ubezpieczonego w szpitalu,2. w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wskazany został kod właściwy dla tej choroby według aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD),3. zdiagnozowanie choroby zostało potwierdzone wykryciem specyficznych przeciwciał klasy IgM i IgG oznaczonych w pierwszym etapie za pomocą testu ELISA, a w drugim za pomocą testu Westernblot lub Lineblot. <p>Przeprowadzenie operacji chirurgicznej, która ma na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej metodą endarteriektomii tętnicy szyjnej (usunięcie blaszek miażdżycowych z tętnic szyjnych), pod warunkiem, że ubezpieczony przeżyje 21 dni od operacji.</p> <p> W przypadku tego poważnego zachorowania nie obejmujemy ochroną zabiegów angioplastyki ani innych procedur wykonywanych przez tętnice zlokalizowane w kończynie górnej lub dolnej.</p> |
| 6) cholera | <p>Ostra choroba zakaźna wywoływana przez bakterie <i>Vibrio cholerae</i>. Atakuje głównie układ pokarmowy, a jej głównym objawem jest silna biegunka.</p> <p>Diagnoza choroby powinna być jednoznacznie potwierdzona:</p> <ol style="list-style-type: none">1. charakterystycznym obrazem klinicznym,2. znalezieniem (wyizolowaniem) przecinkowców cholery w kale oraz3. umieszczeniem w dokumentacji medycznej kodu właściwego dla tej choroby według aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD). |

7) choroba Creutzfeldta-Jakoba	Choroba mózgu, której rozpoznanie musi: 1. być jednoznacznie potwierdzona diagnozą lekarza neurologa, wynikającą ze spełnienia aktualnie obowiązujących kryteriów rozpoznania tej choroby oraz 2. znajdować potwierdzenie w typowym dla tej choroby zapisie EEG (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywnym wyniku badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF). Rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy.
8) choroba Heinego -Medina (polio)	Zakażenie wirusem polio, które doprowadziło do porażenia mięśni kończyn lub dróg oddechowych, pod warunkiem, że porażenia te utrzymywały się przez okres co najmniej 90 dni. Rozpoznanie choroby musi potwierdzić lekarz specjalista (neurolog).
9) choroba Huntingtona	Choroba układu nerwowego o podłożu genetycznym, w której głównymi objawami są tak zwane ruchy pląsawicze, otępienie i zaburzenia osobowości. Zdiagnozowanie choroby powinno być potwierdzone kartą informacyjną leczenia szpitalnego, w której wskazany został kod właściwy dla tej choroby według aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).
10) choroba Leśniowskiego Crohna	Ciężka zapalna choroba jelita o niewyjaśnionej etiologii, zaliczana do grupy nieswoistych zapaleń jelit (IBD) z pełnościennym, ziarniniakowym zapaleniem jelita: • której przebieg obejmuje wytworzenie przetok, niedrożność lub perforacje jelita oraz • która potwierdzona została charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.
11) choroba neuronu ruchowego	Nieuleczalna, postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do wybiórczego uszkodzenia obwodowego (dolnego) lub ośrodkowego (górnego) neuronu ruchowego, poprzez zniszczenie komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. Ochroną obejmujemy wyłącznie: 1. stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), 2. postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Muscular Atrophy (PMA), 3. pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), 4. postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP). Choroba neuronu ruchowego musi być zdiagnozowana przez lekarza specjalistę neurologa poprzez: 1. potwierdzenie występowania: a) uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego w badaniu klinicznym, elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym, b) uszkodzenia górnego neuronu ruchowego w badaniu klinicznym, c) postępujących zaburzeń ruchowych w danym obszarze lub pojawienia się ich w innych obszarach (na podstawie wywiadu lub w badaniu klinicznym), 2. wykluczenie innych jednostek chorobowych: a) tłumaczących uszkodzenie górnego lub dolnego neuronu ruchowego (w badaniu elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) lub b) mogących tłumaczyć zaburzenia kliniczne i elektrofizjologiczne w badaniu neuroobrazowym: tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznym rezonansie jądrowym (MRI). Wszystkie objawy, które wystąpiły muszą być medycznie udokumentowane i utrzymywać się trwale przez okres co najmniej 90 dni.
12) choroba Parkinsona	Idiopatyczna lub pierwotna choroba Parkinsona, ostatecznie zdiagnozowana przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o trwałe ubytki neurologiczne powodujące występowanie zaburzeń funkcji motorycznych z towarzyszącym drżeniem, sztywnością kończyn i tułowia oraz niestabilnością postawy. Wszystkie te warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 90 dni.  Za chorobę Parkinsona nie uznajemy pozostałych postaci parkinsonizmu.

13) ciężka sepsa

Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, wywołany:

- zakażeniem (bakteryjnym, grzybiczym, wirusowym albo pasożytniczym),
- rozległym urazem,
- rozległymi zabiegami operacyjnymi i ich powikłaniami,

w następstwie, którego wystąpiła niewydolność wielonarządowa, czyli nieprawidłowe działanie dwóch lub więcej narządów albo układów, do których zaliczamy: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ moczowy, układ krwiotwórczy, układ pokarmowy, wątrobę.

Diagnoza sepsy musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej ze szpitala, w którym prowadzone było leczenie.



Nie obejmujemy ochroną sepsy, która:

- spowodowana została przez kontakt ubezpieczonego z substancjami chemicznymi oraz
- powstała w wyniku zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

14) ciężki uraz głowy

Ciężki uraz głowy, powodujący zaburzenia funkcjonowania mózgu, którego rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę oraz który musi być rozpoznany przez specjalistę oraz udokumentowany typowymi wynikami badań neuroradiologicznych (np. tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu).

Choroba musi skutkować powstaniem trwałych ubytków neurologicznych ze stale utrzymującymi się objawami klinicznymi, takimi jak: drętwienie, zwiększona wrażliwość, porażenie, miejscowe osłabienie siły mięśniowej, trudności z mową lub niemożność mówienia, trudności w połykaniu, zaburzenia widzenia, trudności w chodzeniu, brak koordynacji ruchowej, drżenie, drgawki, letarg, demencja, delirium, śpiączka.

15) ciężkie oparzenia

Poparzenie powłok skórnych III stopnia albo poparzenie całej grubości skóry właściwej, które obejmuje ponad 15% powierzchni ciała lub ponad 50% powierzchni głowy.

Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”.



Reguła dziewiątek to prosty sposób na szybkie oszacowanie, ile procent ciała człowieka zostało poparzone. Używa się jej najczęściej w nagłych wypadkach, np. przez ratowników medycznych.

Prosto mówiąc: ciało dzieli się na części, z których każda ma około 9% (lub wielokrotność 9%) całkowitej powierzchni ciała. Oto przykład:

- głowa – 9%
- każda ręka – 9%
- każda noga – 18% (czyli $2 \times 9\%$)
- tułów z przodu – 18%
- tułów z tyłu – 18%
- krocze – 1%.

16) cukrzyca typu 1 (insulinozależna)

Zdiagnozowany przez lekarza specjalistę diabetologa proces chorobowy o podłożu autoimmunologicznym, prowadzący do powolnego zniszczenia komórek wysp trzustkowych (wysepek Langerhansa) produkujących insulinę, w następstwie którego dochodzi do utraty zdolności wydzielania insuliny przez trzustkę oraz występuje konieczność stałego uzupełniania jej niedoborów insuliny, podawaną do organizmu z zewnątrz.

17) dystrofia mięśniowa

Grupa uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które to mięśnie w następstwie ich zaniku i przykurczy powodują trwałą niezdolność do przemieszczenia się po płaskiej powierzchni.

18) gorączka denga

Choroba zakaźna wywoływana przez wirusa dengi, która charakteryzuje się następującymi objawami:

- wysoką gorączką,
- bólami głowy, bólem pozagałkowym,
- bólami mięśni lub stawów,
- wysypką,
- krwotokami,
- leukopenią.

Choroba powinna być jednoznacznie potwierdzona:

- testem PCR wykrywającym materiał genetyczny wirusa lub izolacją wirusa w hodowlach komórkowych oraz
- wskazaniem w dokumentacji medycznej kodu właściwego dla tej choroby według aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).

19) gruźlica

Choroba zakaźna, wywoływana przez prątkę gruźlicy typu ludzkiego (*Mycobacterium tuberculosis*), charakteryzująca się:

- zmianami zapalnymi,
- powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc.

20) infekcyjne zapalenie wsierdzia	Zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek serca, komór i przedsionków serca lub śródbłonna dużych naczyń krwionośnych klatki piersiowej, połączeń naczyniowych. Rozpoznanie infekcyjnego zapalenia wsierdzia musi spełniać 2 kryteria duże lub 1 kryterium duże + 3 kryteria małe lub 5 kryteriów małych wg zmodyfikowanych w 2015 roku przez ESC kryteriów Uniwersytetu Duke'a.
21) kardiomiopatia	Pierwotna choroba mięśnia sercowego obejmująca kardiomiopatię przerostową, rozstrzeniową, restrykcyjną i arytmogenną dysplazję prawej komory, która skutkuje powstaniem niewydolności serca w stopniu co najmniej IV wg klasyfikacji NYHA, trwającej nie krócej niż 90 dni.  Nie odpowiadamy za kardiomiopatię: • alkoholową, • będącą wynikiem działania substancji toksycznych lub • spowodowaną nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, wadami zastawek serca lub wrodzonymi wadami serca.
22) malaria	Choroba pasożytnicza wywołwana przez jeden z pięciu gatunków zarodźców: Plasmodium falciparum (zarodziec sierpowaty), Plasmodium vivax (zarodziec ruchliwy), Plasmodium malariae (zarodziec pasmowaty), Plasmodium ovale (zarodziec owalny) i Plasmodium knowlesi (zarodziec małpi). Diagnoza choroby jest oparta na stwierdzeniu obecności zarodźców w preparacie krwi wykonanym metodą grubej kropli i zabarwionym odczynnikiem Giemzy pobranej od pacjentów z charakterystycznymi objawami klinicznymi: uczuciem zimna i dreszczami, następnie napadami gorączki powyżej 40°C z suchością skóry i śluzówek, zaburzeniami świadomości aż do śpiączki włącznie, później gwałtownym spadkiem gorączki ze zlewnymi potami. W dokumentacji medycznej powinien być wskazany kod właściwy dla tej choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).
23) miastenia	Nabyte autoimmunologiczne zaburzenie przewodnictwa nerwowomięśniowego prowadzące do osłabienia siły mięśniowej i zmęczenia, jeśli spełnione są łącznie poniższe warunki: 1) osłabienie mięśni ciała zaklasyfikowane zostało co najmniej do Grupy III według klinicznego podziału miastonii, 2) rozpoznanie choroby i przypisanie jej do odpowiedniej klasy zostało potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurolog).
24) niewydolność nerek	Stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.  Za niewydolność nerek nie uznajemy ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.
25) odkleszczowe zapalenie mózgu	Faza objawowa wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego, przenoszonej przez kleszcze. Diagnoza musi być potwierdzona wynikiem badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.
26) operacja aorty	Chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na naprawie lub zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumiemy łuk aorty, aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia.  Nie obejmujemy ochroną operacji aorty: • wykonanej na odcinku aorty innym niż piersiowy lub brzuszny.
27) operacja mózgu	Operacja przeprowadzona na mózgu, wykonana celem leczniczego usunięcia zmian tkanki mózgowej.  Nie obejmujemy ochroną operacji mózgu spowodowanych łagodnym nowotworem mózgu ani biopsji mózgu.
28) operacja pomostowania aortalno – wieńcowego (by-pass)	Operacja kardiologiczna, polegająca na wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. by-passów), omijających miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej.  Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uznajemy: • zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), • każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu.
29) operacja wszczepienia zastawki serca	Wszczepienie protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.  Za operację wszczepienia zastawki serca nie uznajemy: • walwulotomii, • przeznaczeniowego lub przekoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki.

30) ostra niewydolność wątroby	Potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby, która nie jest związana z zakażeniem wirusowym, a która pojawiła się u osoby bez wcześniejszej jakiegokolwiek choroby wątroby. Ostra niewydolność wątroby powinna się charakteryzować łącznie: 1. wystąpieniem zaburzeń świadomości, 2. (encefalopatii, śpiączki) w ciągu mniej niż 8 tygodni od stwierdzenia żółtaczki (stężenie bilirubiny w surowicy > 50 µmol/L), 3. zdiagnozowaniem zaburzeń krzepnięcia krwi (INR=>1,5).  Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy przypadków ostrej niewydolności wątroby powstałej wskutek nadużywania alkoholu i zatrucia lekami lub innymi substancjami chemicznymi.
31) paraliż	Trwała, całkowita i nieodwracalna utrata funkcji (0 albo 1 w skali Lovette'a) dwóch lub więcej kończyn. Kończyna stanowi całość anatomiczną i oznacza: 1. w przypadku kończyny górnej - ramię, przedramię i rękę, 2. w przypadku kończyny dolnej - udo, podudzie i stopę.
32) pierwotne nadciśnienie płucne (idiopatyczne)	Zespół objawów klinicznych spowodowanych wzrostem ciśnienia w tętnicy płucnej, który nastąpił z nieznaną przyczyną. Do rozpoznania choroby niezbędne jest stwierdzenie następujących zmian podczas cewnikowania tętnicy płucnej: 1. średnie ciśnienie w tętnicy płucnej > 25 mmHg, 2. ciśnienie zaklinowania ≤15 mmHg, 3. naczyniowy opór płucny >3 jednostki Wooda.  Ochroną nie obejmujemy tętniczego nadciśnienia płucnego: • uwarunkowanego genetycznie, • spowodowanego innymi chorobami (wtórne nadciśnienie płucne), • spowodowanego zakażeniem wirusem HIV, • spowodowanego nadciśnieniem wrotnym, schistosomiazą, • w przebiegu wrodzonych/skorygowanych wad serca i wywołanego przez leki i toksyny.
33) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	Rozległa martwica wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby, która prowadzi szybko do jej niewydolności. Diagnoza potwierdzona przez lekarza specjalistę musi spełniać co najmniej trzy z poniższych warunków: 1. nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby, 2. nagłe pogorszenie wyników badań czynnościowych wątroby, 3. narastająca żółtaczka, 4. encefalopatia wątrobowa, 5. rozległa martwica rozplywna.  Za piorunujące zapalenie wątroby nie uznajemy nosicielstwa wirusowego zapalenia wątroby.
34) postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	Układowa choroba tkanki łącznej, która przebiega z: • postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych, • zajęciem serca, płuc lub nerek. Rozpoznanie choroby musi być łącznie: • postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza reumatologa lub dermatologa, • potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych, • potwierdzone pobytem ubezpieczonego w szpitalu.  Za postępującą twardzinę układową nie uznajemy: • twardziny ograniczonej (morphea), zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam), • eozynofilowego zapalenia powięzi, • zespołu CREST.
35) postępujące porażenie nadjądrowe	Choroba neurodegeneracyjna z grupy tauopatii (grupy chorób spowodowanych nieprawidłowościami związanymi z mikrotubulami białka tau), objawiająca się zespołem parkinsonowskim i otępieniem. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, w oparciu o w oparciu o badania: badanie obrazowe (rezonans magnetyczny), badania parametrów płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF) lub badanie EEG.  Naszą ochroną obejmujemy taką postać choroby, która charakteryzuje się występowaniem co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów, utrzymujących się nieprzerwanie przez okres minimum 90 dni i uznanych za nieuleczalne według aktualnej wiedzy medycznej: 1) zaburzenia pionowych ruchów gałek ocznych, 2) zaburzenia mowy, 3) zaburzenia połykania, 4) niestabilność postawy ciała, 5) nieprawidłowa postawa głowy lub szyi, 6) brak zdolności ruchowej.

Leczenie operacyjne, polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego:

1. wątroby,
2. nerki,
3. trzustki,
4. jelita cienkiego,
5. serca,
6. płuc,
7. szpiku kostnego.

36) **przeszczep narządu**



Za przeszczep narządu nie uważamy przeszczepu:

- narządu sztucznego,
- fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

37) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ B**

Choroba wątroby, charakteryzująca się zmianami martwiczo-zapalnymi, wywołana przetrwałym zakażeniem HBV.

Choroba musi trwać ponad 180 dni i spełniać łącznie warunki:

1. utrzymywanie się dodatniego HBsAg ponad 180 dni,
2. poziom DNA HBV w surowicy > 100 000 kopii/ml (20 000 IU/ml),
3. w biopsji wątroby widoczne przewlekłe zmiany martwiczo-zapalne, którym może towarzyszyć włóknienie lub stwierdzenie włóknienia przy użyciu nieinwazyjnych metod badawczych.

38) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typ C**

Choroba wątroby, charakteryzująca się zmianami martwiczo-zapalnymi, wywołana przetrwałym zakażeniem HCV.

Choroba musi trwać ponad 180 dni i spełniać łącznie warunki:

1. obecność RNA HCV w surowicy krwi dłużej niż przez 180 dni,
2. podwyższenie stężenia transaminazy alaninowej (ALT) w surowicy krwi dłużej niż przez 180 dni,
3. w biopsji wątroby widoczne przewlekłe zmiany martwiczo-zapalne, którym może towarzyszyć włóknienie lub stwierdzenie włóknienia przy użyciu nieinwazyjnych metod badawczych.

39) **reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)**

Przewlekła, układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym:

- charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów,
- charakteryzująca się występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych,
- prowadząca do niepełnosprawności.

Choroba musi spełniać:

1. kryteria klasyfikacyjne RZS wg ACR i EULAR z 2010 roku (niezbędne jest uzyskanie nie mniej niż 6 punktów przez chorego, który ma pewne zapalenie błony maziowej w co najmniej 1 stawie i zapalenie to nie jest wynikiem innej choroby),
2. niemożność wykonywania przez osobę chorą minimum trzech z pięciu podanych czynności życia codziennego (ADL):
 - a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
 - c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków.

40) **ropień mózgu**

Stan zapalny i rozpad tkanek, które ulegają otorbieniu.

Diagnoza musi być potwierdzona wynikiem badania tomografii komputerowej z kontrastem lub rezonansu magnetycznego z kontrastem.

41) **schyłkowa niewydolność oddechowa**

Schyłkowe stadium choroby płuc, powodujące przewlekłą niewydolność oddechową z następującymi objawami:

- natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1), utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) poniżej 55 mmHg,
- duszność spoczynkowa.

42) **schyłkowa niewydolność wątroby**

Całkowite i nieodwracalne upośledzenie funkcji wątroby, z występowaniem:

- encefalopatii (śpiączki) wątrobowej,
- zaburzeń krzepnięcia,
- wodobrzusza,
- żółtaczki.

43) stwardnienie rozsiane	Przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii. Choroba musi spełniać następujące kryteria: 1. stwierdzone nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 180 dni lub 2. klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej 30 dniową przerwą lub 3. przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod oraz 4. charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego: wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego i swoiste zmiany demielinizacyjne w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.
44) śpiączka	Stan nieprzytomności z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, który przebiega z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych oraz spełnia łącznie warunki: 1. wymaga wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin,  Naszą ochroną obejmujemy również przypadki śpiączki, która nie wymaga wykorzystywania systemu podtrzymywania funkcji życiowych, pod warunkiem, że ubezpieczony pozostaje w śpiączce przez okres co najmniej 60 dni. 2. skutkuje wystąpieniem trwających co najmniej 60 dni deficytów neurologicznych.
45) tężec	Zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>): • poparte dodatnim wywiadem co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, • wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobiną przeciwężcową i anatoksyną.
46) toczeń rumieniowaty układowy	Choroba autoimmunologiczna, która rozwinęła się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach. W wyniku choroby doszło do zajęcia nerek, serca lub układu nerwowego oraz spełnione zostały kryteria klasyfikacyjne tocznia rumieniowatego układowego wg ACR i EULAR z 2018 roku (niezbędne jest uzyskanie >10 pkt, w tym spełnienie >1 kryterium klinicznego, oraz stwierdzenie przeciwciał przeciwjądrowych, których miano >1:80 w teście na ludzkich komórkach nabłonkowych lub dodatni wynik równoważnego testu).  Nie obejmujemy ochroną: • tocznia układowego polekowego, • tocznia rumieniowatego krążkowego.
47) transfuzyjne zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV	Zakażenie, które zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musi nastąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego i być przeprowadzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zmiany we krwi (serokonwersja) muszą pojawić się najpóźniej 180 dni po przetoczeniu.  Nie obejmujemy ochroną osoby chorującej na hemofilię.
48) udar mózgu	Nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które są spowodowane wyłącznie przyczynami naczyniowymi związanymi z mózgowym przepływem krwi (krwotok wewnątrzkrążkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, zakrzepica żył lub zatok żylnych). Udar można również rozpoznać, kiedy objawy trwają poniżej 24 godzin, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub pacjent zmarł w 1. dobie od początku objawów. Diagnoza udaru mózgu: • musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub • badaniem neuroobrazowym, potwierdzających świeże zmiany w tkance mózgowej.  Za udar mózgu nie uznajemy: • przejściowych ataków niedokrwiniennych mózgu (TIA), jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie w czasie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwinnego w badaniach neuroobrazowych, • objawów mózgowych spowodowanych migreną, • uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), • udaru mózgu zdiagnozowanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, • skutków choroby dekompresyjnej, • uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem, • uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu).

49) usunięcie płuca (pneumonektomia)	Całkowite chirurgiczne usunięcie całego prawego lub całego lewego płuca.  Nie obejmujemy ochroną usunięcia części płuca.
50) utrata kończyny	Całkowita i trwała utrata kończyny (na wysokości przedramienia, ramienia, podudzia lub uda) w wyniku amputacji.
51) utrata mowy	Całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 365 dni (1 rok). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych.  Nie obejmujemy ochroną przypadków: • utruty mowy spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, w których osoba fizycznie może mówić, ale nie mówi, • możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
52) utrata słuchu	Całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu, potwierdzona przez laryngologa: • w badaniu audiometrycznym na podstawie którego upośledzenie ostrości słuchu przekracza 80 dB w każdym z uszu lub • badaniem słuchowych potencjałów wywołanych.  Nie obejmujemy ochroną przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
53) utrata wzroku	Całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku potwierdzona przez okulistę na podstawie badań, która charakteryzuje się: • obniżeniem ostrości wzroku poniżej 6/60 (z najlepszą możliwą korekcją optyczną) lub • koncentrycznym ograniczeniem pola widzenia poniżej 20 stopni w lepszym oku.  Nie obejmujemy ochroną przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
54) walwuloplastyka balonowa	Zabieg polegający na mechanicznym poszerzeniu zwężonej zastawki serca za pomocą cewnika zakończonego balonem.
55) wrzodziejące zapalenie jelita grubego	Przewlekły, nieswoisty proces zapalny powodujący ciągłe i nieprzerwane zmiany w błonie śluzowej jelita, przebiegający z okresami zaostrzeń i remisji. Naszą ochroną objęta jest tylko postać rozległa (E3) wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, co oznacza zmiany zapalne zlokalizowane w jelicie grubym proksymalnie do zagięcia śledzionowego, w tym pancolitis (zapalenie całego jelita grubego). Do rozpoznania choroby konieczne jest jej potwierdzenie w badaniu histopatologicznym wycinków śluzówki jelita pobranych podczas endoskopii jelita grubego.
56) wścieklizna	Faza zwiastunów lub faza neurologiczna choroby odzwierciedlającej ostry przebieg: • spowodowana pogryzieniem przez chore zwierzę, • rozpoznana w wywiadzie epidemiologicznym.
57) zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)	Demencja przedstarca, której diagnoza musi być: • potwierdzona jednoznacznie przez specjalistę, w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze, służące do diagnostyki Choroby Alzheimera i demencji oraz • udokumentowana wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna mózgu).
58) zakażona martwica trzustki	Zakażona martwica trzustki będąca powikłaniem ostrego zapalenia trzustki, w której po raz pierwszy usunięto tkanki martwicze metodą endoskopową lub chirurgiczną nekrosektomię (nekrektomię). Diagnoza musi opierać się na co najmniej jednym z poniższych warunków: 1. obecność pęcherzyków gazu w tkankach martwiczych w badaniu tomografii komputerowej ze wzmocnieniem kontrastowym (CECT), 2. obecności bakterii i/lub grzybów w materiale pobranym podczas biopsji cienkoigłowej, 3. dodatni posiew mikrobiologiczny treści ze zbiornika martwiczego.  Nie obejmujemy ochroną zakażonej martwicy trzustki spowodowanej spożyciem lub spożywaniem alkoholu.
59) zapalenie mózgu	Jednoznacznie stwierdzone zapalenie mózgu: 1. spowodowane procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej, 2. wywołane zakażeniem bakteryjnym lub wirusowym, 3. które doprowadziło do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 90 dni, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym.

60) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane bakteriami lub wirusami, powodujące powstanie znacznego i trwałego uszczerbku neurologicznego, potwierdzone przez lekarza neurologa. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego.
61) zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	Niedrożność tętnicy płucnej spowodowana skrzepliną, w której przeprowadzono zabieg chirurgiczny w celu jej usunięcia.
62) zawał serca	1. Martwica mięśnia sercowego, która oznacza wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej), b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) powstanie patologicznych załamków Q w EKG, d) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, e) wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas koronarografii lub badania sekcyjnego lub 2. Zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w czasie do 48 godzin od zabiegu - wzrost stężenia cTn (troponin sercowych) we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) u pacjentów z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Pacjenci ze zwiększonym stężeniem cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, muszą spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn przekraczającego 5-krotnie lub 10-krotnie górną granicę normy oraz wzrostu stężenia cTn o powyżej 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów: a) obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką), b) pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenie cTn jest podwyższone i wzrasta, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych), c) uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywotnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, d) wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziowej lub pomostu, zamknięcie albo zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenie krążenia obocznego lub dystalna embolizacja, e) pośmiertne wykazanie skrzepliny związanej z zabiegiem spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką, jeżeli dotyczy stentu.  Za zawał serca nie uznajemy zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.
63) zawodowe zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru HIV	Zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, które zostało potwierdzone dokumentacją. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 180 dni po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Zakażenie powinno być potwierdzone odpowiednią dokumentacją zawierającą informacje o: 1. pozytywnych wynikach dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV oraz testu Western Blot lub PCR. 2. nabyciu infekcji wirusem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.
64) żółta gorączka	Choroba zakaźna wywoływana przez wirusa żółtej gorączki. Ochroną obejmujemy tylko postać żółtej gorączki przebiegająca z leukopenią, małopłytkowością, żółtaczką i zwiększoną aktywnością aminotransferaz. Diagnoza choroby musi być potwierdzona: • testem PCR wykrywającym materiał genetyczny wirusa lub izolacją wirusa w hodowlach komórkowych, • wskazaniem w dokumentacji medycznej kodu właściwego dla tej choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt. 11, 12 Wypłata świadczenia: pkt. 13, 14
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt 15

Śmierć w wyniku wypadku
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek śmierci w wyniku wypadku**
ZNW-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	122
Słownik pojęć	122
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	123
Suma ubezpieczenia	123
Świadczenie	124
Wypłata świadczenia	124
Wyłączenia odpowiedzialności	125
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	125
Odstąpienie od umowy dodatkowej	126
Rozwiązanie umowy dodatkowej	126
Składka za ryzyko	127
Indeksacja składki za ryzyko	127
Reklamacje	127

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje życie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej.  Okres ubezpieczenia dodatkowego może trwać maksymalnie do 75. roku życia ubezpieczonego.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć lub odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 70 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkół, szkółek, akademii, ognisk lub zespołów lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach, obozach, w tym kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku. Wypadek i śmierć ubezpieczonego muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
8. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłaceniu składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

11. Jeśli ubezpieczony umrze w wyniku wypadku, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień jego śmierci.
12. Świadczenie wypłacimy uposażonemu albo uposażonemu zastępczemu, albo innej osobie uprawnionej.



Zasady wskazywania uposażonych/uposażonych zastępczych oraz innych osób uprawnionych znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

13. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) kopii dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek



3) odpisu skróconego aktu zgonu ubezpieczonego



4) dokumentów, które potwierdzają śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku:

- karty zgonu z podaną przyczyną zgonu,
- dokumentów wydanych w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę,
- protokołu powypadkowego

14. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności

 Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku była skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

15. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć ubezpieczonego została spowodowana wypadkiem, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub został spowodowany albo nastąpił w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia dodatkowego,
- 6) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na jego własną prośbę,
- 7) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,

 **Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:**

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 8) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,

 **Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.**

- 9) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 10) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez ubezpieczonego,
- 11) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 12) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka.

 **Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.**



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

16. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.

17. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:

- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
- 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

18. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy wystawiając polisę.

Czas trwania umowy dodatkowej

19. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
20. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
21. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

22. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

23. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
 - 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
 - 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
 - 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 75. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

24. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

25. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

26. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

27. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanej w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

28. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

29. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt. 11, 12 Wypłata świadczenia: pkt. 13, 14
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt 15

Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek śmierci w wyniku wypadku
komunikacyjnego**
ZWK-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	130
Słownik pojęć	130
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	131
Suma ubezpieczenia	132
Świadczenie	132
Wypłata świadczenia	132
Wyłączenia odpowiedzialności	133
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	134
Odstąpienie od umowy dodatkowej	134
Rozwiązanie umowy dodatkowej	134
Składka za ryzyko	135
Indeksacja składki za ryzyko	135
Reklamacje	135

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje życie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego jest równy okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej.



Okres ubezpieczenia dodatkowego może trwać maksymalnie do 70. roku życia ubezpieczonego.

pojazd

1) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze lub torowisku albo urządzenie poruszające się po drodze lub torowisku, które jest:

- pojazdem silnikowym, w tym również motocyklem, motorowerem, hulajnogą elektryczną,
- innym pojazdem jednośladowym (np. rowerem) bądź
- pojazdem szynowym.



Za drogę uznajemy drogę w rozumieniu Ustawy prawo o ruchu drogowym.



2) Statek morski lub śródlądowy – urządzenie o napędzie mechanicznym, które:

- pływa oraz
- działa zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, oraz
- jest wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych i regularnych połączeń komunikacyjnych.



Za statek morski lub śródlądowy nie uznajemy: okrętów podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

	3) Statek powietrzny – samolot lub śmigłowiec, który realizuje przewozy lotnicze i należy do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć lub odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 65 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wypadek komunikacyjny	Wypadek spowodowany ruchem pojazdu, któremu uległ ubezpieczony jako kierujący tym pojazdem lub pasażer.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkół, szkółek, akademii, ognisk lub zespołów lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach, obozach, w tym kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego. Wypadek komunikacyjny i śmierć ubezpieczonego muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
8. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

11. Jeśli ubezpieczony umrze w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień jego śmierci.
12. Świadczenie wypłacimy uposażonemu albo uposażonemu zastępcemu, albo innej osobie uprawnionej.



Zasady wskazywania uposażonych/uposażonych zastępczych oraz innych osób uprawnionych znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

13. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) kopii dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek



3) odpisu skróconego aktu zgonu ubezpieczonego



4) dokumentów, które potwierdzają śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego:

- karty zgonu z podaną przyczyną zgonu,
- dokumentów wydanych w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę,
- protokołu powypadkowego

14. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego była skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

15. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku wypadku komunikacyjnego, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub został spowodowany albo nastąpił w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia dodatkowego,
- 6) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na jego własną prośbę,
- 7) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 8) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 9) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 10) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez ubezpieczonego,
- 11) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 12) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego,
- 13) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile:
- a) badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu jest wymagane na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
 - b) miało to wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego,
- 14) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka.



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, baloniarstwo, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, wyścigi lub rajdy samochodowe, motorowe, motorowodne, motokrosowe, regaty żeglarskie.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

16. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
17. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

18. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

19. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
20. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
21. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

22. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

23. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
 - 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
 - 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
 - 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,

- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

24. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

25. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

26. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

27. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

28. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

29. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek na wypadek trwałej całkowitej
niezdolności do pracy w wyniku wypadku**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt 11 Wypłata świadczenia: pkt. 12, 13
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 14, 15, 16

Trwała niezdolność do pracy w wyniku wypadku
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek trwałej całkowitej niezdolności
do pracy w wyniku wypadku**
TNNW-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	138
Słownik pojęć	138
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	140
Suma ubezpieczenia	140
Świadczenie	140
Wypłata świadczenia	141
Wyłączenia odpowiedzialności	141
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	142
Odstąpienie od umowy dodatkowej	143
Rozwiązanie umowy dodatkowej	143
Składka za ryzyko	144
Indeksacja składki za ryzyko	144
Reklamacje	144

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego jest równy okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej.  Okres ubezpieczenia dodatkowego może trwać maksymalnie do 65. roku życia ubezpieczonego.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć lub odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku. Stan, w którym spełnione są łącznie następujące warunki: 1) w czasie trwania dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu wypadku, który był bezpośrednią przyczyną całkowitej utraty zdolności ubezpieczonego do pracy, 2) niezdolność ubezpieczonego do pracy została potwierdzona przez lekarza wyznaczonego przez nas, który ocenił dokumentację medyczną lub przeprowadził badanie, 3) lekarz przez nas wyznaczony stwierdził, że stan zdrowia ubezpieczonego nie rokuje poprawy przez co najmniej 2 lata od momentu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy.  Uprościliśmy procedurę sprawdzania, czy ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy. Jeśli ubezpieczony ma orzeczenie od odpowiedniej instytucji (np. ZUS), które potwierdza, że nie może pracować przez co najmniej 2 lata, powinien je nam przedstawić. Pamiętaj, że: • orzeczenie o niezdolności do pracy musi być wydane po raz pierwszy w czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego, • w przypadku kilku takich orzeczeń – łączne okresy niezdolności do pracy powinny wynosić co najmniej 2 lata.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkół, szkółek, akademii, ognisk lub zespołów lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach, obozach, w tym kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, który:
 - 1) był bezpośrednią przyczyną całkowitej niezdolności do pracy oraz
 - 2) wystąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
8. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

11. W przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień powstania tej niezdolności.



Za dzień wystąpienia trwałej niezdolności do pracy uznajemy:

- w przypadku braku orzeczenia o niezdolności - dzień wystąpienia wypadku,
- w przypadku, jeśli ubezpieczony ma orzeczenie o niezdolności do pracy - dzień wskazany w tym dokumencie.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

12. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) orzeczenia lub orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy przez łączny okres co najmniej 2 lat wydanych wobec ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego przez odpowiednią instytucję (np. ZUS) jeśli zostały wydane



4) dokumentów, które potwierdzają, że całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy spowodowana była wypadkiem:

- karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis),
- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej

13. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku była skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

14. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy powstała w wyniku wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,

- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 9) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka.



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki lub udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

- 10) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- 11) uszkodzeń ciała ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie obrażeń odniesionych w wypadku,
- 12) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek innego państwa albo jakiegokolwiek organizacji międzynarodowej, albo pełnienia służby wojskowej w siłach specjalnych lub lotnictwie wojskowym,
- 13) wykonywania przez ubezpieczonego pracy zawodowej:
 - a) w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje), lub
 - b) w środowisku, w którym występują czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe lub łatwopalne), lub
 - c) na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią lub prac pod wodą.
15. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
 - 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
16. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego powstała całkowita niezdolność do pracy w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

17. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
18. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

19. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

20. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
21. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
22. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

23. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

24. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
 - 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
 - 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
 - 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,
-  **Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.**
- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 65. urodzinach ubezpieczonego,
 - 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
 - 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

25. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

26. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

27. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

28. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

29. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

30. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7 Świadczenie: pkt 12 Wypłata świadczenia: pkt. 13, 14
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 7 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 15, 16, 17

Trwała niezdolność do pracy
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek trwałej całkowitej niezdolności
do pracy**
TN-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	148
Słownik pojęć	148
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	150
Suma ubezpieczenia	150
Świadczenie	150
Wypłata świadczenia	151
Wyłączenia odpowiedzialności	151
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	153
Odstąpienie od umowy dodatkowej	153
Rozwiązanie umowy dodatkowej	154
Składka za ryzyko	154
Indeksacja składki za ryzyko	155
Reklamacje	155

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.

Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Za chorobę nie uznajemy: ciąży, porodu oraz połogu.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia, albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 65. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 65. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 65. urodzin ubezpieczonego.

rekreacyjne uprawianie sportu

Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć lub odnowić siły psychofizyczne.

składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy.
trwała całkowita niezdolność do pracy lub całkowita niezdolność do pracy	Stan, w którym spełnione są łącznie następujące warunki: 1) w czasie trwania dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu: a) zdiagnozowanej lub leczonej choroby lub b) wypadku, który był bezpośrednią przyczyną całkowitej utraty zdolności ubezpieczonego do pracy, 2) niezdolność ubezpieczonego do pracy została potwierdzona przez lekarza wyznaczonego przez nas, który ocenił dokumentację medyczną lub przeprowadził badanie, 3) lekarz przez nas wyznaczony stwierdził, że stan zdrowia ubezpieczonego nie rokuje poprawy przez co najmniej 2 lata od momentu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy.  Uprościliśmy procedurę sprawdzania, czy ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy. Jeśli ubezpieczony ma orzeczenie od odpowiedniej instytucji (np. ZUS), które potwierdza, że nie może on pracować przez ponad 2 lata, powinien je nam przedstawić. Pamiętaj, że: • orzeczenie o niezdolności do pracy musi być wydane po raz pierwszy w czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego, • w przypadku kilku takich orzeczeń – łączne okresy niezdolności do pracy powinny wynosić co najmniej 2 lata.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkół, szkółek, akademii, ognisk lub zespołów lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach, obozach, w tym kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku:
 - 1) zdiagnozowanej lub leczonej choroby w okresie ubezpieczenia dodatkowego albo
 - 2) wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
7. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:
 - 1) od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy była spowodowana wypadkiem albo
 - 2) po upływie 90 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy była spowodowana chorobą.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

8. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
9. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

10. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
11. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

12. W przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień powstania tej niezdolności.



Za dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy uznajemy:

- w przypadku braku orzeczenia o niezdolności – dzień wystąpienia wypadku albo dzień zdiagnozowania choroby, w zależności od przyczyny powstania niezdolności,
- w przypadku, jeśli ubezpieczony ma orzeczenie o niezdolności do pracy – dzień wskazany w tym dokumencie.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

13. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) dokumentów medycznych, które dotyczą przyczyny powstania całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy



4) orzeczenia lub orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy przez łączny okres co najmniej 2 lat wydanych ubezpieczonemu po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego przez odpowiednią instytucję (np. ZUS), jeśli zostały wydane



5) danych adresowych placówek medycznych, w których leczył się ubezpieczony



6) jeśli całkowita niezdolność do pracy powstała w wyniku wypadku - dokumentów, które potwierdzają, że całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy spowodowana była wypadkiem:

- karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis),
- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej

14. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy powstała w wyniku tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

15. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy powstała w wyniku wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,

- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

- 11) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- 12) uszkodzeń ciała ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie obrażeń odniesionych w wypadku,
- 13) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek innego państwa albo jakiegokolwiek organizacji międzynarodowej albo pełnienia służby wojskowej w siłach specjalnych lub lotnictwie wojskowym,
- 14) wykonywania przez ubezpieczonego pracy zawodowej:
 - a) w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe (wysoki napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje), lub
 - b) w środowisku, w którym występują czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe lub łatwopalne), lub
 - c) na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią lub prac pod wodą.
16. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
 - 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
17. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego powstała całkowita niezdolność do pracy w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

18. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.

19. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:

- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
- 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

20. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

21. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.

22. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.

23. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

24. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

25. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

26. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.

27. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:

- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl) lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
- 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
- 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
- 4) w inny sposób, który wskażemy.

28. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.

29. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

30. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

31. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 65. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 9) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

32. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

33. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

34. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

35. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

36. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

37. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt. 11, 12, 13, 14, 15, 16 Wypłata świadczenia: pkt. 17, 18
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 19, 20, 21, 22

Trwały uszczerbek w wyniku wypadku
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu
w wyniku wypadku**
TUNW-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	158
Słownik pojęć	158
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	160
Suma ubezpieczenia	160
Świadczenie	160
Wypłata świadczenia	161
Wyłączenia odpowiedzialności	161
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	163
Odstąpienie od umowy dodatkowej	163
Rozwiązanie umowy dodatkowej	164
Składka za ryzyko	164
Indeksacja składki za ryzyko	165
Reklamacje	165

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do: • końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo • ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat. i Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc. i Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.

składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.
tabele trwałego uszczerbku na zdrowiu	Załączniki do warunków dodatkowego ubezpieczenia, w których wskazujemy procent sumy ubezpieczenia, jaki jest należny za dany trwały uszczerbek na zdrowiu. Wyróżniamy dwie tabele trwałych uszczerbków na zdrowiu: • obowiązującą dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku od 3 miesięcy do 17 lat, która stanowi załącznik nr 1, • obowiązującą dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku 18 lat lub starszych, która stanowi załącznik nr 2.
trwały uszczerbek na zdrowiu	Uszkodzenie organu, narządu lub układu ciała, które wystąpiło u ubezpieczonego w wyniku wypadku i które spełnia łącznie następujące warunki: • ma trwały, nieodwracalny charakter i nie rokuje poprawy z punktu widzenia wiedzy medycznej, • polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu ciała albo powoduje trwałą ich dysfunkcję, • zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy dodatkowej odpowiedniej tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku. Wypadek oraz trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
8. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

11. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia wypadku.



W tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu (załącznik nr 1 albo załącznik nr 2) dla tych wszystkich zdarzeń, które obejmujemy ochroną, przypisaliśmy wartości procentowe trwałego uszczerbku na zdrowiu.

12. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy sumę ubezpieczenia przez procent przypisany do danego trwałego uszczerbku na zdrowiu i wskazany w odpowiedniej tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.
13. Jeśli w ramach jednego wypadku wystąpią u ubezpieczonego różne trwałe uszczerbki na zdrowiu, zsumujemy procenty trwałych uszczerbków na zdrowiu i pomnożymy sumę ubezpieczenia przez zsumowane procenty.
14. W okresie ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby trwałych uszczerbków, ich rodzajów oraz liczby wypadków, których są skutkiem.
15. Trwały uszczerbek na zdrowiu jest ustalany:
 - 1) po zakończeniu zaleconego przez lekarza leczenia i rehabilitacji, ale nie później niż w ciągu 2 lat od dnia wypadku, który spowodował trwały uszczerbek na zdrowiu, oraz
 - 2) na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonego z dnia, w którym złożył nam pełną dokumentację medyczną związaną z wystąpieniem trwałego uszczerbku na jego zdrowiu.
16. Jeśli na podstawie dokumentów, które otrzymamy, nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności albo wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, skierujemy ubezpieczonego na badania lekarskie, za które zapłacimy.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy wypłacimy świadczenie

17. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) dokumentów medycznych, które potwierdzają wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu



4) dokumentów, które potwierdzają, że trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego został spowodowany wypadkiem:

- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wystąpienia wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej



5) zaświadczenia lekarskiego o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji

18. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku był skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

- 1) trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie organu, narządu lub układu ciała, którego funkcjonowanie było upośledzone jeszcze przed dniem wystąpienia wypadku lub
- 2) w wyniku kolejnego wypadku wystąpił kolejny trwały uszczerbek na zdrowiu w obrębie tego samego organu, narządu lub układu ciała.

20. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego oraz wypadek nie miały miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub spowodowane zostały albo nastąpiły w wyniku okoliczności wymienionych powyżej oraz:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez ubezpieczonego,
- 10) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 11) operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego przeprowadzonych u ubezpieczonego, z wyjątkiem tych, których konieczność przeprowadzenia wynika z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 12) leczenia, zabiegów leczniczych lub diagnostycznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, z wyjątkiem tych, które leczą obrażenia odniesione w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 13) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- 14) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile:
 - a) badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu jest wymagane na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
 - b) miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- 15) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody w akwenach innych niż basen, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping, cross country), base jumping, speleologię, wspinaczkę miejską (urban climbing), lodową, wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, boks, kickboxing, MMA, tajski boks, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

- 16) uprawiania przez ubezpieczonego zawodowo lub wyczynowo następujących sportów: piłka koszykowa, piłka nożna, piłka ręczna, piłka siatkowa, rugby.

21. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:

- 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
- 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.

22. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku na skutek okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

- 23. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
- 24. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

- 25. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

- 26. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
- 27. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
- 28. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

- 29. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
- 30. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

- 31. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
- 32. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl) lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
- 33. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
- 34. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

- 35. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

36. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, które wyczerpuje limit 100% sumy ubezpieczenia (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 9) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

37. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

38. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

39. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

40. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

41. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

42. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek na wypadek trwałego
uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku
wraz z „Pakiem WSPARCIE+”**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6 Świadczenie: pkt. 11, 12, 13, 14, 15, 16 Wypłata świadczenia: pkt. 17, 18
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 19, 20, 21, 22

Trwały uszczerbek w wyniku
wypadku & Pakiet WSPARCIE+
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu
w wyniku wypadku**
TUNWPAK-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	168
Słownik pojęć	168
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	170
Suma ubezpieczenia	170
Świadczenie	170
Wypłata świadczenia	171
Wyłączenia odpowiedzialności	171
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	173
Odstąpienie od umowy dodatkowej	173
Rozwiązanie umowy dodatkowej	174
Składka za ryzyko	174
Indeksacja składki za ryzyko	175
Reklamacje	175

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do: • końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo • ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat. i Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc. i Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.

składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacamy w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.
tabele trwałego uszczerbku na zdrowiu	Załączniki do warunków dodatkowego ubezpieczenia, w których wskazujemy procent sumy ubezpieczenia, jaki jest należny za dany trwały uszczerbek na zdrowiu. Wyróżniamy dwie tabele trwałych uszczerbków na zdrowiu: • obowiązującą dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku od 3 miesięcy do 17 lat, która stanowi załącznik nr 1, • obowiązującą dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku 18 lat lub starszych, która stanowi załącznik nr 2.
trwały uszczerbek na zdrowiu	Uszkodzenie organu, narządu lub układu ciała, które wystąpiło u ubezpieczonego w wyniku wypadku i które spełnia łącznie następujące warunki: • ma trwały, nieodwracalny charakter i nie rokuje poprawy z punktu widzenia wiedzy medycznej, • polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu ciała albo powoduje trwałą ich dysfunkcję, • zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy dodatkowej odpowiedniej tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagłe.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku. Wypadek oraz trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego muszą wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

7. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
8. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

9. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
10. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

11. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia wypadku.



W tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu (załącznik nr 1 albo załącznik nr 2) dla tych wszystkich zdarzeń, które obejmujemy ochroną, przypisaliśmy wartości procentowe trwałego uszczerbku na zdrowiu.

12. Aby obliczyć wysokość świadczenia, mnożymy sumę ubezpieczenia przez procent przypisany do danego trwałego uszczerbku na zdrowiu i wskazany w odpowiedniej tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.
13. Jeśli w ramach jednego wypadku wystąpią u ubezpieczonego różne trwałe uszczerbki na zdrowiu, zsumujemy procenty trwałych uszczerbków na zdrowiu i pomnożymy sumę ubezpieczenia przez zsumowane procenty.
14. W okresie ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby trwałych uszczerbków, ich rodzajów oraz liczby wypadków, których są skutkiem.
15. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest:
 - 1) po zakończeniu zaleconego przez lekarza leczenia i rehabilitacji, ale nie później niż w ciągu 2 lat od dnia wypadku, który spowodował trwały uszczerbek na zdrowiu, oraz
 - 2) na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonego z dnia, w którym złożył nam pełną dokumentację medyczną związaną z wystąpieniem trwałego uszczerbku na jego zdrowiu.
16. Jeśli na podstawie dokumentów, które otrzymamy, nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności albo wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, skierujemy ubezpieczonego na badania lekarskie, za które zapłacimy.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy wypłacimy świadczenie

17. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) dokumentów medycznych, które potwierdzają wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu



4) dokumentów, które potwierdzają, że trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego został spowodowany wypadkiem:

- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wystąpienia wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało ubezpieczonemu pomocy medycznej



5) zaświadczenia lekarskiego o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji

18. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku był skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

- 1) trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie organu, narządu lub układu ciała, którego funkcjonowanie było upośledzone jeszcze przed dniem wystąpienia wypadku, lub
- 2) w wyniku kolejnego wypadku wystąpił kolejny trwały uszczerbek na zdrowiu w obrębie tego samego organu, narządu lub układu ciała.

20. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego oraz wypadek nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub zostały spowodowane albo nastąpiły w wyniku okoliczności wymienionych powyżej oraz:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) próby popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- 6) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 7) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 8) choroby lub zatrucia się ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez ubezpieczonego,
- 10) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu ubezpieczonego w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 11) operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego przeprowadzonych u ubezpieczonego, z wyjątkiem tych, których konieczność przeprowadzenia wynika z obrażeń odniesionych w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 12) leczenia, zabiegów leczniczych lub diagnostycznych przeprowadzonych u ubezpieczonego, z wyjątkiem tych, które leczą obrażenia odniesione w wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 13) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- 14) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile:
 - a) badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu jest wymagane na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
 - b) miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
- 15) uprawiania przez ubezpieczonego rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody w akwenach innych niż basen, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping, cross country), base jumping, speleologię, wspinaczkę miejską (urban climbing), lodową, wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, boks, kickboxing, MMA, tajski boks, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

- 16) uprawiania przez ubezpieczonego zawodowo lub wyczynowo następujących sportów: piłka koszykowa, piłka nożna, piłka ręczna, piłka siatkowa, rugby.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
 - 1) ubezpieczony odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego.
22. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego u ubezpieczonego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku na skutek okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

23. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.

24. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:

- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
- 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

25. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

26. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.

27. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.

28. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

29. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.

30. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

31. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.

32. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:

- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
- 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
- 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
- 4) w inny sposób, który wskażemy.

33. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.

34. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

35. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

36. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, które wyczerpuje limit 100% sumy ubezpieczenia (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 9) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

37. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

38. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

39. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

40. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

41. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

42. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Załącznik nr 1

Tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązująca dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku od 3 miesięcy do 17 lat

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy ubezpieczenia	
A. KOŃCZYNY GÓRNE		Prawa	Lewa
1.	Utrata obu kończyn górnych na wysokości ramienia	100	
2.	Utrata kończyny górnej na wysokości ramienia	75	65
3.	Utrata obu kończyn górnych na wysokości przedramienia	100	
4.	Utrata kończyny górnej na wysokości przedramienia	60	50
5.	Utrata kończyny górnej na wysokości nadgarstka / utrata ręki	50	40
6.	Utrata całkowita wszystkich palców ręki	50	40
7.	Utrata całkowita kciuka i palca II ręki	5	4
8.	Utrata całkowita kciuka	25	20
9.	Utrata całkowita palca II ręki	12	10
10.	Utrata całkowita palca III – V za każdy palec	12	10
11.	Złamanie otwarte kości ramiennej wymagające leczenia operacyjnego	8	8
12.	Złamanie otwarte obu kości przedramienia wymagające leczenia operacyjnego	7	7
B. KOŃCZYNY DOLNE			
1.	Utrata obu kończyn dolnych na wysokości uda	100	
2.	Utrata kończyny dolnej na wysokości uda	60	
3.	Utrata obu kończyn dolnych na wysokości podudzia	100	
4.	Utrata kończyny dolnej na wysokości podudzia	50	
5.	Utrata kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego i stopy	40	
6.	Utrata całkowita palców stopy	30	
7.	Całkowita utrata palucha	7	
8.	Całkowita utrata palca stopy / za każdy palec	2	
9.	Złamanie otwarte kości udowej wymagające leczenia operacyjnego	8	
10.	Złamanie otwarte obu kości podudzia wymagające leczenia operacyjnego	8	
C. GŁOWA			
1.	Utrata całkowita żuchwy	50	
2.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	Całkowita utrata nosa z kością nosową	35	
5.	Całkowite oskalpowanie skóry owłosionej czaszki	20	
6.	Całkowita utrata mowy	100	
7.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100	
8.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100	
D. KRĘGOSŁUP			
1.	Złamanie kręgosłupa szyjnego – wymagające leczenia operacyjnego	10	
2.	Złamanie kręgosłupa piersiowego – wymagające leczenia operacyjnego	10	
3.	Złamanie kręgosłupa lędźwiowego – wymagające leczenia operacyjnego	10	
E. OPARZENIA			
1.	Ciężkie oparzenia ciała II/III stopień powyżej 20% powierzchni ciała	15	



Załącznik nr 2

Tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązująca dla ubezpieczonych, którzy w dniu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu byli w wieku 18 lat lub starszych

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy uniezpieczenia	
A. USZKODZENIA GŁOWY			
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych – wymagające szycia lub zamknięcia ran skóry bez konieczności zakładania szwów (stripy chirurgiczne)):			
a) uszkodzenia powłok czaszki blizny do 5 cm długości		1%	
b) uszkodzenia powłok czaszki blizny powyżej 5 cm długości – 10 cm długości		2%	
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn – w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm długości		5%	
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy		8%	
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni - powyżej 10 cm średnicy		10-20%	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)		1-7%	
3. Ubytek w kościach czaszki:			
a) o średnicy do 2,5 cm		2%	
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm		5%	
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm		8%	
d) o średnicy powyżej 10 cm		9-15%	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.			
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:		1-10%	
5. Porażenie i niedowłady połowicze:			
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg skali Lovette'a		100%	
b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg skali Lovette'a		60-80%	
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a		40-60%	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.		5-35%	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:			
kończyna górna – wg skali 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%	

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
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 (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9 poniżej.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100%
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60%
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25%
Uwaga: Za encefalopatię 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 agرافیą i aleksją	70%
b) afazja całkowita motoryczna	35-50%
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30%
d) afazja nieznacznego stopnia	1-10%
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15%
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego	2-10%
b) nerwu błotkowego	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.	

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
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, oszpecenia):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stałego:	
a) siekacza lub kła – za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8-10%
b) całkowita	30%
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i połykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27.

a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9 (9/10)	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8 (8/10)	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7 (7/10)	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6 (6/10)	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5 (5/10)	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4 (4/10)	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3 (3/10)	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2 (2/10)	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	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 wyłuszczeniem gałki ocznej 40%

28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych:

a) jednego oka 15%

b) obojga oczu 30%

29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a) rozdarcie naczyniówki jednego oka wg tabeli z poz. 27a

b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego wg tabeli z poz. 27a

c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka wg tabeli z poz. 27a

d) zanik nerwu wzrokowego wg tabeli z poz. 27a

30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:

a) blizny rogówki lub twardówki wg tabeli z poz. 27a

b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) wg tabeli z poz. 27a

c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku wg tabeli z poz. 27a

31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)

wg tabeli z poz. 27a

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy 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%

Trwały uszczerbek na zdrowiu				% sumy uniezpieczenia
33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe				20-50%
b) dwunosowe				10-20%
c) jednoimienne				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 niepoddających 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	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0	5	10	20
26 - 40 dB	5	15	20	30
41 - 70 dB	10	20	30	40
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. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				wg tabeli z poz. 42
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				wg tabeli z poz. 42
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):				
a) jednostronne				1-5%
b) obustronne				6-10%

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
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 (spiometrią)	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) ospzeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) ospzeczenia 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, szpeczące, 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%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5%

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
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. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.):	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości, przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	20%
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40%
b) jelita grubego	30%

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
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%

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35%
b) w wieku powyżej 45 lat	20%
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5%
b) pochwy i macicy	15%
I. OSTRE ZATRUCIE GAZAMI, SUBSTANCJAMI CHEMICZNYMI	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3%
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10%
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15%
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo- odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2%
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15°)	3-5%
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20%
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:	
a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2%
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5%
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (usztywnienia operacyjne)	6-10%
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:	
a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2%
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5%
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20%
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2%
b) złamania mnogie wyrostków	3-5%
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	
	5%
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100%
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch łasek	50-70%
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce	20-40%
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	80%
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	40-60%

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy uniezpieczenia	
f) niedowład nieznaczny 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 Malgainge'a) bez przemieszczenia		10%	
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) z przemieszczeniem – leczone operacyjnie		15%	
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu 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 krzyżową):			
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			
OBREČZ KOŃCZYNY GÓRNEJ		Prawa	Lewa
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).			
98. Złamanie łopatki:			
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny		2%	1%
b) złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%		5%	3%
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%		8%	6%
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramienno-łopatkowym		15%	12%
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:			
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości		3%	2%
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%		6%	4%
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%		9%	7%
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		10%	8%
101. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:			
a) uszkodzenia I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi		2%	1%
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%		5%	3%
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny		8%	6%

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy uniezpieczenia	
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:		4%	3%
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.			
103. Uszkodzenia stawu barkowego – uszkodzenie mięśni rotatorów, zwichnięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:			
a) skręcenia		2%	1%
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza		3%	2%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia		5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem		10%	8%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką		20%	15%
104. Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny		5-25%	5-20%
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji		20%	15%
Uwaga: Staw wiotki z powodu 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		Prawe	Lewe
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) ospzecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)		1%	
b) ospzecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)		3%	
c) ospzecenia 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 trójdłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% trwałego uszczerbku na zdrowiu.			

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia	
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%
ŁOKIEĆ	Prawy	Lewy
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) zwłknięcia 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 brakiem ruchów obrotowych	17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25%	22%
115. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
PRZEDRAMIĘ	Prawe	Lewe
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	Prawy	Lewy
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%

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy ubezpieczenia	
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oproteżowania		55%	50%
123. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:			
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		15%	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		5%	
ŚRÓDRĘCZE			
125. Złamania kości śródręcza:			
a) I lub II kości śródręcza (za każdą kość):			
- bez przemieszczenia		2%	
- z przemieszczeniem		3%	
b) III, IV i V kości śródręcza (za każdą kość):			
- bez przemieszczenia		1%	
- z przemieszczeniem		2%	
126. Uszkodzenie tkanek miękkich śródręcza (rany wymagające szycia powyżej 3 cm, mięśni, ścięgien, naczyń):			
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)		1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm² 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		Prawy	Lewy
127. Utraty w obrębie kciuka:			
a) utrata całkowita opuszki		2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego		4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego		8%	7%
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego - poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza"		12%	10%
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza		17%	15%
128. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, 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		Prawy	Lewy
129. Utraty w obrębie palca wskazującego:			
a) utrata całkowita opuszki		2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego		4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego		6%	5%
d) utrata całkowita dwóch paliczków		8%	7%
e) utrata trzech paliczków		12%	10%
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza		20%	15%

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy uniezpieczenia	
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, 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 śródręcza	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 wyłuszczeniu 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 przekłętarzowych 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: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.			

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy uniezpieczenia
UDO	
139. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15%
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10%
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	5%
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40%
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.	
144. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70%
KOLANO	
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw - w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm, ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
d) zeszczywnienie 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%, meniscektomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni >2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samonastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	

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

Trwały uszczerbek na zdrowiu		% sumy ubezpieczenia	
156. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:			
a) częściowa – powyżej 30%		10%	
b) całkowita		20%	
157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:			
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości		1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%		3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%		5%	
158. Złamania kości śródstopia:			
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem		2%	
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem		3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem		5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem		7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu		10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		5%	
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności:			
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczeń ruchomości		1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%		3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1%	
161. Utrata stopy w całości		45%	
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		35%	
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka		25%	
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta		10-15%	
PALCE STOPY			
165. Uszkodzenie palucha			
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia		1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%		2-3%	
166. Utrata palucha:			
a) paliczka paznokciowego		4%	
b) utrata całego palucha		8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia		8-15%	
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:			
a) w części - ½ długości		1%	
b) w całości		2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia		3-10%	
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec		3-5%	
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - za każdy palec		0,5%	
N. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH			
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		Prawe	Lewe
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%

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia	
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20%	10-15%
ł) splotu 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 pośladkowych (górnego i dolnego)	2-8%	
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%	
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%	
u) nerwu strzałkowego	2-10%	
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. Zawały 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) zawał podwiersiowy (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%	

Trwały uszczerbek na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
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, niezdolności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
p) dysгноzja 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 pisanie)	2,5%

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7 Świadczenie: pkt. 12, 13, 14, 15 Wypłata świadczenia: pkt. 16, 17
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 7 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 18, 19

Nowotwór - zdiagnozowanie
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek zdiagnozowania nowotworu**
NZ-OWDU-0625



SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	198
Słownik pojęć	198
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	200
Suma ubezpieczenia	200
Świadczenie	201
Wypłata świadczenia	201
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	202
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	202
Odstąpienie od umowy dodatkowej	203
Rozwiązanie umowy dodatkowej	203
Składka za ryzyko	204
Indeksacja składki za ryzyko	204
Reklamacje	204

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu uchwałą nr 5/08/2025.
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadałeś mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia, do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

nowotwór	1) łagodny nowotwór mózgu nie powodujący trwałych ubytków neurologicznych 2) łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia 3) nowotwór in situ 4) nowotwór łagodny 5) nowotwór złośliwy.
nowotwór in situ	Nowotwór opisany histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis).
nowotwór łagodny	Nowotwór złożony z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki rodzicielskiej, który spełnia łącznie następujące warunki: 1) nie nacieka tkanek sąsiednich oraz 2) nie daje przerzutów odległych, oraz 3) został potwierdzony w badaniu histopatologicznym po wykonanej operacji.  Nasza ochrona w ramach nowotworu łagodnego nie obejmuje: • nowotworów niezłośliwych skóry i tkanki podskórnej, • znamion barwnikowych i innych nowotworów niezłośliwych skóry, • nowotworu niezłośliwego opon mózgowo-rdzeniowych, • niezłośliwego nowotworu mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego, • nowotworów o niepewnym lub nieznanym charakterze, • zespołów mielodysplastycznych, • czerwienicy prawdziwej.

łagodny nowotwór mózgu nie powodujący trwałych ubytków neurologicznych	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych (kod jednostki D32 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10) albo nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (kod jednostki D33 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10), który nie wymaga usunięcia i nie powoduje trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone: 1) diagnozą lekarza onkologa, neurologa lub neurochirurga oraz 2) dokumentacją medyczną, w tym wynikiem badania neuroobrazowego (tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI)).
łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych (kod jednostki: D32 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10) albo nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (kod jednostki: D33 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10), który z medycznego punktu widzenia wymaga usunięcia.  Naszą ochroną objęte są również takie przypadki, w których usunięcie nowotworu jest ograniczone lub niemożliwe z uwagi na: • ryzyko poważnych powikłań neurologicznych lub • zły stan zdrowia pacjenta (np. związany ze współistniejącymi chorobami). W takim przypadku wymagamy potwierdzenia leczenia radioterapią lub farmakoterapią.
	Rozpoznanie musi być potwierdzone: 1) diagnozą lekarza onkologa, neurologa lub neurochirurga oraz 2) dokumentacją medyczną, w tym: • wynikiem badania neuroobrazowego (tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) lub • wynikiem badań histopatologicznych.
nowotwór złośliwy	Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt, charakteryzujący się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki, potwierdzony dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym. Nowotwór złośliwy musi być zdiagnozowany przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.  Za nowotwór złośliwy nie uważa się: • nowotworu łagodnego, • nowotworu in situ, • raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry, • 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), • ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia 1A i 1B), • przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania < 3 wg klasyfikacji Rai, • raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b, lub T1c) w klasyfikacji TNM, • nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do: • końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia, albo • ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.  Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.
	 Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczonego.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu u ubezpieczonego. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Kwota, którą wypłacimy w przypadku zdiagnozowania nowotworu u ubezpieczonego.

ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 60 lat.
	 Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

- Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
- Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu.
- Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się po 90 dniach od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

- Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
- Możesz złożyć wniosek o:
 - podwyższenie sumy ubezpieczenia - w każdym czasie,
 - obniżenie sumy ubezpieczenia - po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

- Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
- Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

12. W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego albo łagodnego nowotworu mózgu wymagającego leczenia wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień diagnozy.
13. W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu in situ albo łagodnego nowotworu mózgu nie powodującego trwałych ubytków neurologicznych wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień diagnozy.
14. W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu łagodnego wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień diagnozy.



Każde ze świadczeń z tytułu zdiagnozowania: nowotworu in situ lub nowotworu łagodnego, lub łagodnego nowotworu mózgu nie powodującego trwałych ubytków neurologicznych możemy wypłacić tylko raz w trakcie trwania umowy dodatkowej, a kwota wypłaty zmniejszy świadczenie za ewentualne późniejsze zdiagnozowanie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego albo łagodnego nowotworu mózgu wymagającego leczenia.

15. W okresie ubezpieczenia dodatkowego nie wypłacimy więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od liczby zdiagnozowanych nowotworów.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

16. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



- 1) wniosku o wypłatę



- 2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



- 3) dokumentacji medycznej, która zawiera diagnozę nowotworu



- 4) wyniku badań histopatologicznych



- 5) wyniku tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego



- 6) dane adresowe placówek medycznych, w których ubezpieczony był lub jest zarejestrowany, lub leczony

17. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli nowotwór powstał w wyniku tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

18. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego zdiagnozowanie nowotworu nastąpiło w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.

Kiedy nasza odpowiedzialność jest ograniczona

19. W całym okresie ubezpieczenia dodatkowego wypłacimy tylko jedno świadczenie za zdiagnozowanie nowotworu in situ lub nowotworu łagodnego, lub łagodnego nowotworu mózgu nie powodującego trwałych ubytków neurologicznych oraz za zdiagnozowanie nowotworu złośliwego albo łagodnego nowotworu mózgu wymagającego leczenia.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

20. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
21. Umowę dodatkową możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

22. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

23. Umowę dodatkową zawierasz na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
25. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

26. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
27. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

28. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.

30. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
31. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

32. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

33. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 70. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu, które wyczerpuje limit 100% sumy ubezpieczenia (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – z ostatnim dniem tego okresu,



Przypadek wskazany w pkt 9) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

34. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

35. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyżysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

36. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

37. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

38. Propozycję indeksacji składki za ryzyko przekazemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

39. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek dolegliwości zdrowotnej
(Ekspercka Opinia Medyczna EOM)**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8 Świadczenie: pkt. 9, 10 Realizacja świadczenia: pkt. 11, 12, 13, 14, 15
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 8 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 16, 17, 18

Ekspercka opinia medyczna (EOM)
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek dolegliwości zdrowotnej
(Ekspercka Opinia Medyczna EOM)**
EOM-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	208
Słownik pojęć	208
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	210
Świadczenie	210
Realizacja świadczenia	210
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	211
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	211
Odstąpienie od umowy dodatkowej	212
Rozwiązanie umowy dodatkowej	212
Składka za ryzyko	213
Reklamacje	213

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (Ekspertyza Opinia Medyczna EOM) uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (Ekspertyza Opinia Medyczna EOM) obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

asysta prawna	Pomoc administracyjno-prawna w uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na: 1) pokrycie kosztów lekarstw w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej lub 2) leczenie planowane za granicą albo zwrot kosztów leczenia za granicą. W obu przypadkach potrzebne jest uzasadnienie dla asysty prawnej, zawarte w treści eksperckiej opinii medycznej.
choroba	Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.
dolegliwość zdrowotna	Choroba lub uraz: • których ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko doznał niezależnie od swej woli oraz • których pierwsza diagnoza została postawiona przez lekarza w Polsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub wystąpienie pierwszych objawów udokumentowanych badaniami lekarskimi miało miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego. Dolegliwość zdrowotna obejmuje wyłącznie zakres: 1) onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów, 2) kardiologii i kardiologii – chorobę niedokrwienną serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmię, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdza, choroby aorty, choroby naczyń, choroby

- 3) neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z urazu,
- 4) ortopedii – chorobę zwyrodnieniową stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromię, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifozę i skoliozę, bóle i urazy szyi, osteoporozę, chorobę Pageta kości, bóle i urazy barku.

eksperska opinia medyczna lub EOM

Ocena dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z instytucji medycznej, oparta na analizie dokumentacji medycznej i informacji o dolegliwości, które przekazał nam ubezpieczony. EOM obejmuje:

- 1) weryfikację diagnozy postawionej przez lekarza w Polsce, jeśli była postawiona,
- 2) weryfikację planu leczenia zaleconego przez lekarza w Polsce, jeśli był zalecony,
- 3) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących dolegliwości zdrowotnej,
- 4) propozycję optymalnego planu leczenia,
- 5) informację o lekarzu, który sporządził ekspercką opinię medyczną, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, którą reprezentuje,
- 6) na prośbę ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których jest możliwa realizacja planu leczenia zaproponowanego w eksperckiej opinii medycznej.



Zakres ochrony nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w takich placówkach medycznych.

- 7) w przypadkach uzasadnionych w treści eksperckiej opinii medycznej – asystę prawną.



Ubezpieczony nie ma bezpośredniego kontaktu z lekarzem, który wydaje ekspercką opinię medyczną w jego sprawie.

instytucja medyczna

Wykwalifikowany podmiot leczniczy, który udziela świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Udzielanie świadczeń opieki medycznej przez taki podmiot jest realizowane zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie siedziby instytucji medycznej (tj. w państwie członkowskim Unii Europejskiej z wyłączeniem Polski bądź innym państwie, które zapewnia podobną jakość świadczeń opieki zdrowotnej jak w Unii Europejskiej).



Instytucja medyczna jest podmiotem samodzielnym, niezależnym od nas.

lekarz w Polsce

Lekarz, który:

- jest specjalistą z zakresu doznanej przez ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko dolegliwości zdrowotnej oraz
- zdiagnozował dolegliwość zdrowotną u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka na terenie Rzeczypospolitej Polski.

niepełnoletnie dziecko

Osoba w wieku od 3 miesięcy do 17 lat, która jest synem, córką lub pasierbem pełnoletniego ubezpieczonego.



Za dziecko uznajemy zarówno dziecko biologiczne, jak i przysposobione.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 1 rok, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 67 lat.

składka za ryzyko

Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

świadczenie

Sporządzenie i wydanie ubezpieczonemu eksperckiej opinii medycznej, a w uzasadnionych w tej opinii przypadkach – także asysta prawna.

ubezpieczony

Osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

- w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 66 lat oraz
- jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.

umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (Ekspertka Opinia Medyczna EOM) zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
uraz	Uszkodzenie tkanek ciała lub narządów w wyniku działania czynnika zewnętrznego, który – z medycznego punktu widzenia – nie jest chorobą lub czynnikiem chorobotwórczym.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (Ekspertka Opinia Medyczna EOM).



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

- Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub życie ubezpieczonego w zakresie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, które dotyczy jego niepełnoletniego dziecka. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
- Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka dolegliwości zdrowotnej.
- Zakres ochrony zależy od wariantu ubezpieczenia, który wybierasz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Masz do wyboru:
 - wariant indywidualny, w którym zakres ochrony dotyczy wyłącznie ubezpieczonego, albo
 - wariant rodzinny, w którym zakres ochrony dotyczy pełnoletniego ubezpieczonego oraz zgłoszonych przez niego niepełnoletnich dzieci,



W wariantcie rodzinnym pełnoletni ubezpieczony, oprócz siebie, może zgłosić nie więcej niż 4 niepełnoletnich dzieci.

- Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się po upływie 60 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Świadczenie

- W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka dolegliwości zdrowotnej w okresie ubezpieczenia dodatkowego zrealizujemy świadczenie, wydając ubezpieczonemu ekspertkę opinię medyczną.
- My ponosimy koszty wydania i przekazania ubezpieczonemu ekspertkiej opinii medycznej.



Realizacja świadczenia

Jak zrealizujemy świadczenie

- Aby zgłosić nam roszczenie, ubezpieczony musi skontaktować się z nami telefonicznie pod numerem telefonu: **22 460 22 22**.
- W trakcie rozmowy telefonicznej nasz pracownik:
 - potwierdzi tożsamość ubezpieczonego,
 - zarejestruje zgłoszenie roszczenia,
 - wskaże adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia, który ubezpieczony powinien wypełnić i nam przekazać w sposób tam wskazany.

13. Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o dolegliwości zdrowotnej:
- 1) rozpoznanie medyczne, diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych oraz
 - 2) informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, jej oznaki lub objawy, oraz
 - 3) krótką historię stanu zdrowia – opis codziennego trybu życia, nawyków, przebytych operacji, listę przyjmowanych leków, wskazanie przewlekłych problemów ze zdrowiem, alergii oraz historię chorób w rodzinie.



My pokrywamy koszt tłumaczenia dostarczonych nam dokumentów na język, którym posługuje się lekarz z instytucji medycznej.

14. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność.
15. Ekspertką opinię medyczną przekazujemy ubezpieczonemu w formie elektronicznej, w języku polskim, na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.



Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności ograniczają lub wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że możemy odmówić realizacji świadczenia, jeżeli zachodzą poniższe okoliczności.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

16. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego dolegliwość zdrowotna wystąpiła w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.

Kiedy nasza odpowiedzialność jest ograniczona

17. W każdym roku okresu ubezpieczenia dodatkowego zrealizujemy tylko dwie eksperckie opinie medyczne.
-  **Kompletność eksperckiej opinii medycznej zależy od:**
- rodzaju i kompletności przekazanych przez ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji oraz
 - rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności dolegliwości zdrowotnej.
18. Ekspertka opinia medyczna może być niepełna, niedokładna lub ograniczona jedynie do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wyniki pozwolą na pełną ocenę dolegliwości zdrowotnej.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

19. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
20. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

21. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

- 22. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
- 23. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
- 23. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

- 24. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
- 25. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
- 26. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
- 27. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

- 28. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

- 29. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 67 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 67. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

30. Ochrona ubezpieczeniowa dla niepełnoletniego dziecka wygaśnie dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po jego 18. urodzinach.



W takiej sytuacji umowa dodatkowa trwa, a my nadal obejmujemy ochroną ubezpieczonego i pozostałe osoby, jeśli zostały zgłoszone.

31. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

32. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
 - 1) wieku ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka,
 - 2) wybranego wariantu ubezpieczenia,
 - 3) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę
 - 4) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.
33. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

34. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

35. Reklamację można do nas złożyć:
 - 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia za granicą

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8, 9, 10 Świadczenie: pkt. 11, 12 Realizacja świadczenia: pkt. 15, 16, 17, 18
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 10 Świadczenie: pkt 13 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 19, 20, 21, 22

Leczenie za granicą
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek leczenia za granicą**
LZG-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	216
Słownik pojęć	216
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	220
Świadczenie	221
Realizacja świadczenia	224
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	225
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	226
Odstąpienie od umowy dodatkowej	227
Rozwiązanie umowy dodatkowej	227
Składka za ryzyko	228
Reklamacje	228
Tabela limitów	229
Skrócony opis przebiegu leczenia za granicą	230

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia za granicą uchwałą nr 5/08/2025.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia za granicą obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.

druga opinia medyczna

Opinia medyczna, która:

- dotyczy stanu chorobowego ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka oraz
- jest przygotowana przez zagranicznego specjalistę na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej.



Druga opinia medyczna stanowi podstawę przygotowania wstępnego programu leczenia za granicą.

leczenie za granicą

Przeprowadzone u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka na terenie Europy (z wyłączeniem Szwajcarii i Rosji):

- 1) leczenie szpitalne,
- 2) opieka ambulatoryjna/dzienna,
- 3) opieka po pobycie w szpitalu,
- 4) podróż i nocleg:
 - a) koszty podróży oraz
 - b) koszty noclegu.

Leczenie za granicą przeprowadzane jest zgodnie z programem leczenia, który wcześniej został przygotowany i zatwierdzony przez nas na podstawie drugiej opinii medycznej i wyników badań diagnostycznych przeprowadzonych za granicą.

lekarz	Lekarz, który: • uzyskał podstawowe stopnie medyczne lub chirurgiczne w uznanej szkole medycznej oraz • jest uprawniony do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem w kraju, w którym leczenie jest prowadzone w granicach jego licencji.
leki	Niezbędne do leczenia stanu chorobowego leki na receptę, dopuszczone i uznane w kraju, w którym są przepisywane oraz zapisane przez lekarza lub specjalistę.  Za leki nie uznajemy oraz nie zapewniamy i nie pokrywamy kosztów zakupu: • suplementów diety i witamin oraz substancji, w tym witamin, minerałów, suplementów białkowych, • żywności dla niemowląt i substancji organicznych, niezależnie od tego, czy zostały przepisane przez lekarza czy specjalistę lub są uznawane za posiadające działanie terapeutyczne.
medyczna konieczność	Leczenie, które zgodnie z ogólnie przyjętymi standardami medycznymi: • jest odpowiednie i zgodne z diagnozą oraz • nie może zostać pominięte bez negatywnego wpływu na stan zdrowia ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka. Związana z nowotworem złośliwym lub nowotworem łagodnym interwencja chirurgiczna w: • mózgu lub innych strukturach śródczaszkowych oraz • rdzeniu kręgowym. Diagnoza i konieczność interwencji chirurgicznej muszą zostać potwierdzone przez specjalistę oraz przez typowe objawy kliniczne i wyniki badania tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
neurochirurgia	 Za neurochirurgię nie uznajemy: • neurochirurgii funkcjonalnej (w tym leczenia choroby Parkinsona), • operacji padaczki, • przejściowego niedokrwienia mózgu, • obrażeń urazowych, • migrenowych bólów głowy, • udarów łukunarnych bez deficytu neurologicznego.
niepełnoletnie dziecko	Osoba w wieku od 3 miesięcy do 17 lat, która: • jest synem, córką lub pasierbem pełnoletniego ubezpieczonego oraz • ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.  Za dziecko uznajemy zarówno dziecko biologiczne, jak i przysposobione. Niekontrolowany rozrost złośliwych i patologicznych komórek, które niszczą zdrowe tkanki, klinicznie diagnozowany jako nowotwór złośliwy, zdefiniowany w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. Diagnoza musi być potwierdzona dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym. Ochroną obejmujemy także: białaczkę, chłoniaka złośliwego, w tym chłoniaka skóry, chorobę Hodgkina, złośliwe zaburzenia szpiku kostnego i mięsaka.
nowotwór złośliwy	 Za nowotwór złośliwy nie uznajemy: • nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne, dysplazję lub jako nowotwór in situ, • raka prostaty histopatologicznie opisanego jako stopień zaawansowania < T2bN0M0, • raka brodawkowego lub grudkowego tarczycy histopatologicznie opisanego jako stopień zaawansowania < T2N0M0, • raka skóry (innego niż czerniaka złośliwego) histopatologicznie sklasyfikowanego jako niepowodujący inwazji poza naskórek, • guzów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (HIV), • nowotworu zdiagnozowanego na podstawie wykrycia komórek nowotworowych i/lub cząsteczek związanych z nowotworem we krwi, ślinie, kale, moczu lub innym płynie ustrojowym, przy braku dalszych ostatecznych i weryfikowalnych klinicznie dowodów.
nowotwór złośliwy przedinwazyjny	Ogniskowy, zlokalizowany i autonomiczny wzrost komórek rakowych, który pozostał ograniczony do warstwy tkanki, z której po raz pierwszy się rozwinął i nie spowodował jeszcze inwazji na otaczające tkanki lub inne części ciała. Diagnoza musi być potwierdzona badaniem histopatologicznym. Ochroną obejmujemy: • wszystkie pierwotne nowotwory in situ, zgodnie z klasyfikacją AJCC (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification), z wyjątkiem raka skóry innego niż czerniak in situ, • pierwotnego raka prostaty w stadium T1aN0M0, T1bN0M0 lub T2aN0M0 – tylko w przypadku radykalnej prostatektomii, • raka brodawkowego lub grudkowego tarczycy w stadium T1 (w tym T1aN0M0 i T1bN0M0).  Za nowotwór złośliwy przedinwazyjny nie uznajemy: • dysplazji i wszelkich chorób przednowotworowych, • nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka in situ, • raka zdiagnozowanego na podstawie znalezienia komórek nowotworowych i/lub cząsteczek związanych z nowotworem we krwi, ślinie, kale, moczu lub innym płynie ustrojowym, przy braku dalszych ostatecznych i weryfikowalnych klinicznie dowodów.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 1 rok, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczonego 67 lat.

operacja przeszczepu aorty

Pierwsza chirurgiczna naprawa tętniaka aorty.

Diagnoza musi zostać potwierdzona wynikami dwóch spośród wymienionych rodzajów badań: tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (MRI), echokardiografii (USG serca), USG jamy brzusznej lub angiografii (prześwietlenia naczyń krwionośnych).



Za operację przeszczepu aorty nie uznajemy:

- wszelkich zabiegów chirurgicznych dotyczących gałęzi aorty,
- wszelkich innych powiązanych zabiegów chirurgicznych (np. wprowadzanie stentów, naprawa wewnątrznaczyniowa),
- urazowych obrażeń aorty,
- wrodzonych zmian tętnic wieńcowych aorty.

operacja tętnicy wieńcowej (by-pass)

Operacja na sercu, która polega na wszczepieniu pomostów wieńcowych (CABG) w celu korekty jednej lub więcej zwężonych lub zablokowanych tętnic wieńcowych. Diagnoza i konieczność operacji muszą zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę i poparte wynikami dwóch spośród wymienionych rodzajów badań: angiografii tętnic wieńcowych, angiografii CT lub echokardiografią 2D.



Za operację tętnicy wieńcowej (by-pass) nie uznajemy:

- przeszskórnych interwencji wieńcowych (np. angioplastyka),
- wszystkich innych technik dotętnicznych, cewnikowych lub laserowych.

operacja zastawki serca

Operacja otwarta lub endoskopowa na zastawce serca, która ma na celu leczenie lub wymianę jednej lub więcej zastawek, przeprowadzona w konsekwencji wymienionych poniżej wad, których nie można wyleczyć wyłącznie za pomocą procedur cewnika dotętnicznego:

- 1) zwężenie zastawki (sztywność zastawki): zwężenie zastawki trójdzielnej, zwężenie płuc, zwężenie zastawki mitralnej lub zwężenie aorty,
- 2) niedomykanie lub nieprawidłowe zamykanie się zastawki: niedomykalność zastawki trójdzielnej, niedomykalność płucna, niedomykalność zastawki mitralnej lub niedomykalność aorty.

Diagnoza musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę i udokumentowana przez dwa spośród wskazanych rodzajów badań: echokardiografia 2D, echokardiografia przezprzełykowa, angiografia, badania radioizotopowe, rezonans magnetyczny (MRI).



Za operację zastawki nie uznajemy wypadnięcia płotka zastawki mitralnej (MVP).

Przeszczep szpiku kostnego za pomocą krwiotwórczych komórek macierzystych lub wszczepienie naturalnych narządów ludzkich: nerki, wątroby lub płuca, wymaganych w wyniku nieodwracalnej niewydolności krańcowej danego narządu, przeprowadzone przez akredytowanych chirurgów, w akredytowanych międzynarodowo instytucjach, przy zachowaniu wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Ochroną obejmujemy także:

- hemodializę, jeśli jest konieczna, do ośmiu zabiegów przed operacją przeszczepu,
- zwrot kosztów pobytu w szpitalu poniesionych przez dawcę narządu, jeżeli narząd został oddany specjalnie na rzecz ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka.

przeszczep

Diagnoza i konieczność przeszczepu muszą zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę i poparte odpowiednią dokumentacją: prześwietleniem rentgenowskim (RTG), badaniem USG, biopsją, tomografią komputerową (TK) albo rezonansem magnetycznym (MRI).



Ochroną nie obejmujemy kosztów związanych z lokalizacją narządu zastępczego ani kosztów związanych z pobraniem narządu od dawcy (chyba że dawstwo dotyczy ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka), kosztów transportu narządu i wszystkich związanych z tym kosztów administracyjnych, wydatków przed/po pobycie w szpitalu dawcy, badań przesiewowych dawcy, kosztów narządu ani leczenia dawcy związanego z dawstwem, leczenia medycznego związanego z kriokonserwacją, implantacją lub ponowną implantacją żywych komórek lub żywych tkanek, zarówno autologicznych, jak i dostarczonych przez dawcę (z wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego), pobierania komórek macierzystych i przeszczepów komórek macierzystych (z wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego), przeszczepu dotyczącego tylko wysepek Langerhansa, przeszczepu zakupionych narządów dawcy, przeszczepu, gdy ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko jest dawcą w stosunku do osoby trzeciej, implantów dentystrycznych lub protez.



Za przeszczep nie uznajemy oraz nie zapewniamy i nie pokrywamy kosztów:

- leczenia lub kosztów powstałych w wyniku przeszczepów obejmujących narządy mechaniczne lub zwierzęce,
- usunięcia organu ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka w celu przeszczepu innej osobie,
- zakupu narządu dawcy,
- leczenia każdej choroby spowodowanej przez przeszczepiony narząd, z wyjątkiem przypadków, w których dana choroba jest stanem chorobowym objętym zakresem naszej odpowiedzialności,
- przeszczepu będącego wynikiem alkoholowej choroby wątroby,
- przeszczepu przeprowadzonego jako autoprzeszczep, w którym ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko jest dawcą na rzecz osoby trzeciej, lub jeżeli przeszczep jest dokonywany poprzez zakup organów dawcy,
- wszelkich powikłań spowodowanych przeszczepem narządu, z wyjątkiem przypadków, w których powikłanie pojawia się podczas uprzednio zatwierdzonego przez nas leczenia szpitalnego, dziennego lub pooperacyjnego ambulatoryjnego w ramach przeszczepu narządu.

przeszczep szpiku kostnego	Przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) komórek szpiku kostnego: • autologiczny – gdy dawcą i biorcą jest ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko, • allogeniczny – gdy dawcą jest osoba specjalnie dobrana i zgodna z ubezpieczonym lub niepełnoletnim dzieckiem pod względem tzw. antygenów zgodności tkankowej.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
specjalista	Chirurg, anestezjolog lub inny lekarz, który spełnia łącznie warunki: • uzyskał podstawowy stopień naukowy w dziedzinie medycyny lub chirurgii, • posiada licencję uprawniającą do wykonywania zawodu lekarza wydaną przez odpowiedni organ w kraju, w którym prowadzone jest leczenie, • jest uznawany za posiadającego specjalistyczne kwalifikacje w dziedzinie lub wiedzę specjalistyczną w zakresie leczenia danego schorzenia, stanu chorobowego lub urazu.
stan chorobowy	W zależności od wybranego pakietu umowy dodatkowej: 1) zdiagnozowanie u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka: a) nowotworu złośliwego albo b) nowotworu złośliwego przedinwazyjnego, albo c) choroby, w wyniku której przeprowadzono zabieg chirurgiczny: • z zakresu neurochirurgii, • operację przeszczepu aorty, • operację tętnicy wieńcowej (by-pass), • operację zastawki serca, • przeszczep, - albo 2) uraz, którego doznał ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko, w wyniku którego przeprowadzono zabieg chirurgiczny: • z zakresu neurochirurgii, • operację przeszczepu aorty, • operację tętnicy wieńcowej (by-pass), • operację zastawki serca, • przeszczep.
suma ubezpieczenia	Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu zdiagnozowania stanu chorobowego.
szpital	1) Każdy zakład, który posiada licencję szpitala medycznego lub chirurgicznego, zgodnie z prawem kraju, w którym działa, lub 2) inne placówki medyczne wykorzystywane w tym samym celu co szpital, licencjonowane i nadzorowane przez odpowiednie władze medyczne w kraju, w którym mają siedzibę. Za szpital nie uznajemy: • hospicjum, • uzdrowiska, sanatorium, • centrum rehabilitacji, • domu opieki, • domu spokojnej starości lub rekonwalescencji, • zakładu medycyny estetycznej, • miejsca leczenia osób chorych lub upośledzonych umysłowo.

świadczenie	1) Zorganizowanie i pokrycie przez nas kosztów leczenia za granicą, zgodnie z programem leczenia przygotowanym i zatwierdzonym przez nas i w granicach limitów określonych w tabeli limitów – w przypadku zdiagnozowania stanu chorobowego innego niż nowotwór złośliwy przedinwazyjny, albo 2) kwota, którą wypłacimy w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego przedinwazyjnego albo innego stanu chorobowego i zrezygnowania z leczenia za granicą, po zapoznaniu się z drugą opinią medyczną i wstępnym programem leczenia przygotowanym przez nas.
tabela limitów	Załącznik nr 1 do warunków dodatkowego ubezpieczenia, w którym wskazujemy wysokość świadczeń, kosztów i limitów w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
testy diagnostyczne	Badania (np. zdjęcia rentgenowskie), badania krwi, patologia, które pomagają określić przyczynę stanu chorobowego.
ubezpieczony	Osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: • w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 3 miesięcy do 66 lat, • jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej, • ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia za granicą zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
uraz	Uszkodzenie tkanek ciała lub narządów w wyniku działania czynnika zewnętrznego, który – z medycznego punktu widzenia – nie jest chorobą lub czynnikiem chorobotwórczym.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia za granicą.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które spełnia łącznie warunki: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, lub • niepełnoletniego dziecka, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub życie ubezpieczonego w zakresie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, które dotyczy jego niepełnoletniego dziecka. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy zdiagnozowanie u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka stanu chorobowego. Diagnoza stanu chorobowego musi wystąpić po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
7. We wniosku o dodatkowe ubezpieczenie wybierasz wariant i pakiet ubezpieczenia, które różnią się zakresem ochrony.
8. Masz do wyboru 2 warianty ubezpieczenia:
 - 1) wariant indywidualny, w którym zakres ochrony dotyczy wyłącznie ubezpieczonego, albo
 - 2) wariant rodzinny, w którym zakres ochrony dotyczy pełnoletniego ubezpieczonego oraz zgłoszonych przez niego niepełnoletnich dzieci.



W wariancie rodzinnym pełnoletni ubezpieczony, oprócz siebie, może zgłosić nie więcej niż 4 niepełnoletnich dzieci.

9. Masz do wyboru 2 pakiety ubezpieczenia zgodnie z tabelą:

Lp.	Zakres ochrony	Pakiet ubezpieczenia	
		Pakiet I	Pakiet II
1.	nowotwór złośliwy	✓	✓
2.	nowotwór złośliwy przedinwazyjny	✓	✓
3.	neurochirurgia	✓	✓
4.	operacja przeszczepu aorty	✓	–
5.	operacja tętnicy wieńcowej (by-pass)	✓	–
6.	operacja zastawki serca	✓	–
7.	przeszczep	✓	–

10. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się po upływie 180 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Świadczenie

Rodzaje świadczeń i ich wysokość

11. W przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka stanu chorobowego zrealizujemy albo wypłacimy świadczenie z tytułu:

- 1) zdiagnozowania stanu chorobowego za wyjątkiem nowotworu złośliwego przedinwazyjnego – zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia za granicą zgodnie z przygotowanym i zatwierdzonym przez nas programem leczenia za granicą, do wysokości limitu wskazanego w tabeli limitów, albo



W przypadku śmierci ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka w trakcie leczenia za granicą realizacja świadczenia obejmie również koszty sprowadzenia zwłok. Maksymalną wysokość kosztów sprowadzenia zwłok wskazujemy w tabeli limitów, o ile nie zostanie przekroczony maksymalny limit wysokości świadczenia za leczenie za granicą, również wskazany w tej tabeli.

- 2) zdiagnozowania innego stanu chorobowego za wyjątkiem nowotworu złośliwego przedinwazyjnego i zrezygnowania z leczenia za granicą – wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli limitów i aktualnej w dniu zdiagnozowania tego stanu chorobowego, albo



Rezygnacja z leczenia za granicą musi nastąpić po tym, jak ubezpieczony zapozna się z drugą opinią medyczną i przygotowanym przez nas wstępnym programem leczenia za granicą.

- 3) zdiagnozowania nowotworu złośliwego przedinwazyjnego – wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli limitów i aktualnej w dniu zdiagnozowania tego nowotworu.

Jakie świadczenia zapewniamy w przypadku leczenia za granicą

12. Leczenie za granicą obejmuje:

- 1) leczenie szpitalne:
 - a) badanie i leczenie w szpitalu,
 - b) procedury diagnostyczne,
 - c) leczenie zachowawcze, leczenie chirurgiczne, leczenie radioizotopowe, chemioterapię, radioterapię, terapię hormonalną, terapię immunologiczną, terapię oddechową i tlenoterapię,
 - d) leczenie medyczne przez pracowników służby zdrowia średniego szczebla i opiekę pielęgniarską,
 - e) interwencję chirurgiczną, łącznie z kosztami powiązanymi,
 - f) pobyt na oddziale resuscytacji, na oddziale intensywnej terapii, w tym w ramach resuscytacji,
 - g) znieczulenie i środki przeciwbólowe zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - h) leki (w tym leki przeciwnowotworowe) niezbędne do leczenia i przepisywane przez lekarza, bandaż, materiały medyczne, krew i jej składniki,
 - i) implanty niezbędne do leczenia rekonstrukcyjnego, w tym koszty produktów do protetyki wewnętrznej i zewnętrznej,
 - j) wyroby i wyposażenie medyczne,

- k) pobyt na oddziale szpitalnym (w tym posiłki),
l) zasiłek dzienny za pobyt w szpitalu i zakwaterowanie osoby towarzyszącej podczas leczenia w szpitalu,



Wysokość zasiłku dziennego i maksymalny okres jego wypłaty wskazujemy w pkt 7 tabeli limitów.

- m) indywidualną pooperacyjną opiekę medyczną,
n) wyłącznie w przypadku przeszczepu: pobyt na oddziale szpitalnym (w tym posiłki) do 30 dni kalendarzowych przed przeszczepem, do 335 dni kalendarzowych po przeszczepie i nie więcej niż osiem zabiegów dializy poprzedzających przeszczep;
- 2) opiekę ambulatoryjną/dzienną:
- a) opiekę medyczną (badanie i leczenie),
 - b) diagnostykę, w tym oceny laboratoryjne, instrumentalne metody badań, badania neurofizjologiczne, diagnostykę DNA, w tym niezbędne do przyjęcia do szpitala w zakresie spełniającym wymagania placówki szpitalnej,
 - c) leczenie zachowawcze, leczenie chirurgiczne, leczenie radioizotopowe, chemioterapię, radioterapię, terapię hormonalną i immunologiczną,
 - d) procedury leczenia wykonywane przez personel medyczny,
 - e) środki przeciwbólowe, leki przeciwnowotworowe niezbędne do leczenia i przepisane przez lekarza, bandażę i materiały medyczne,
 - f) dokumentację medyczną (tymczasowe badanie inwalidztwa), przygotowanie zaświadczenia o zwolnieniu lekarskim, wystawianie recept na leki (oprócz leków dotowanych), zaświadczenia o stanie zdrowia, ambulatoryjną dokumentację medyczną;
- 3) opiekę po pobycie w szpitalu:
- a) za wyjątkiem przeszczepu – przez okres 60 dni po wypisie ze szpitala koszt związany z leczeniem stanu chorobowego, niezbędny z medycznego punktu widzenia:
 - konsultacje z chirurgami, konsultantami lub lekarzami,
 - test diagnostyczny obejmujący patologię, badania tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) oraz
 - leki na receptę.
 - b) w przypadku przeszczepu – opieka po pobycie w szpitalu obejmuje okres 335 dni;



Za opiekę po pobycie w szpitalu nie uznajemy:

- leczenia przewlekłego stanu chorobowego, który został zdiagnozowany i istniał przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego (w przypadku zawarcia umowy dodatkowej po raz pierwszy lub po raz kolejny, ale bez zachowania ciągłości pomiędzy kolejnymi, następującymi bezpośrednio po sobie okresami ubezpieczenia dodatkowego),
- leczenia przewlekłej lub schyłkowej niewydolności nerek, wymagającej regularnej lub długotrwałej dializy.

- 4) podróż i noclegi:
- a) koszty podróży:
- taksówkę lub równoważny transport ze stałego miejsca pobytu ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka do wyznaczonego lotniska lub dworca kolejowego,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wyznaczonego hotelu lub szpitala,
 - taksówkę lub równoważny transport z wyznaczonego hotelu do wyznaczonego szpitala lub lekarza i powrót,
 - taksówkę lub równoważny transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej, a następnie transport do miejsca stałego pobytu ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka,
 - koszt transportu karetką lub karetką powietrzną, jeżeli lekarz uzna to za niezbędne,
- b) koszty noclegu:
- koszt wynajmu pokoju i posiłków dla ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka w przypadku wszystkich pobyków w szpitalu oraz koszt pokoju (ze śniadaniem) w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu dla jednej osoby towarzyszącej,



Obowiązuje wspólny limit, który określa zasiłek dzienny za pobyt w szpitalu i noclegi (obejmuje zarówno ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko, jak i osobę towarzyszącą), wskazany w tabeli limitów.

- w przypadku leczenia w ramach opieki dziennej/ambulatoryjnej poza miejscem leczenia – koszty pokoju dwuosobowego (ze śniadaniem) w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu dla ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka i jednej osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepu,



Wybór hotelu zależy od dostępności. Hotel powinien znajdować się w promieniu 10 km od placówki medycznej.

- Ustalenie terminów noclegu w przypadku korzystania z zatwierdzonego programu leczenia za granicą leży po naszej stronie. Data powrotu zostanie ustalona po zakończeniu leczenia i uzyskaniu od lekarza zgody na podróż.



Nie zapewniamy ani nie ponosimy kosztów posiłków innych niż śniadanie oraz wszelkich zmian dotyczących pobytu w hotelu, których nie ustalono wcześniej z nami.

W przypadku, gdy ubezpieczony zmieni ustalone z nami miejsce lub daty noclegu, samodzielnie poniesie dodatkowe koszty z tym związane.

Jakich świadczeń nie zapewniamy w przypadku leczenia za granicą

13. Zakres leczenia za granicą nie obejmuje:

- 1) zapewnienia i pokrycia kosztów konieczności zastosowania sztucznego podtrzymywania życia, w tym zakupu lub korzystania z urządzenia podtrzymującego życie, jeżeli lekarz lub specjalista uzna, że takie podtrzymywanie nie spowoduje wyzdrowienia ani nie przywróci poprzedniego stanu zdrowia ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka,
- 2) zapewnienia i pokrycia kosztów konieczności zastosowania przezskórnej śródnaczyniowej angioplastyki wieńcowej (PTCA), poszerzania balonem cewnikującym, laserowych technik radiowych oraz innych inwazyjnych i endoskopowych procedur nie wskazanych w warunkach ubezpieczenia – w przypadku zabiegów kardiochirurgicznych,
- 3) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia wrodzonych zaburzeń, które ujawniły się przed datą początku okresu ubezpieczenia dodatkowego i które wcześniej były leczone lub zdiagnozowane,
- 4) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia związanego z zabiegiem kosmetycznym lub estetycznym lub jakimkolwiek zabiegiem przeprowadzonym w celu przywrócenia wyglądu ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka w następstwie jakiegokolwiek stanu medycznego, urazu lub wcześniejszej operacji, z wyjątkiem przypadków wskazanych w zatwierdzonym przez nas programie leczenia za granicą,
- 5) zapewnienia i pokrycia kosztów rekonwalescencji lub zapewnienia opieki w zakresie innym niż określony w zatwierdzonym przez nas programie leczenia za granicą,
- 6) zapewnienia i pokrycia kosztów zastosowania eksperymentalnych: leczenia, diagnostyki, usług lub terapii farmakologicznych, tj. wszelkich form leczenia, diagnostyki, usług lub terapii farmakologicznych, które nie są obecnie uznawane ani zatwierdzane przez profesjonalną organizację medyczną lub instytucję w kraju leczenia jako zgodne ze standardową praktyką medyczną, stosowane tylko w badaniach klinicznych oraz/lub używane przez niewykwalifikowanych lekarzy,
- 7) zapewnienia i pokrycia kosztów procedur medycznych niezbędnych w związku z AIDS (zespołem nabytego niedoboru odporności), HIV (ludzkim wirusem niedoboru odporności) lub jakiegokolwiek stanu z nich wynikającego (w tym mięsaka Kaposiego), lub jakiegokolwiek leczenia AIDS lub HIV,
- 8) zapewnienia i pokrycia kosztów usług pielęgnacyjnych, domowej opieki zdrowotnej lub usług świadczonych w centrum rekonwalescencji lub instytucji rekonwalescencji, hospicjum lub domu opieki nad osobami starszymi,
- 9) zapewnienia i pokrycia kosztów usługi, która nie jest medyczną koniecznością dla stanu chorobowego,
- 10) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia lub usług świadczonych w SPA, klinikach leczniczych lub każdym innym zakładzie, który nie jest szpitalem,
- 11) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia powstałego w wyniku lub w związku z niezastosowaniem się do porady lekarskiej lub leczenia, nieuzasadnionym opóźnieniem w uzyskaniu takiej porady medycznej lub leczenia lub z powodu komplikacji wynikających ze zignorowania takiej porady,
- 12) zapewnienia i pokrycia kosztów stałego stanu wegetatywnego – w zakresie kosztów leczenia podczas pobytu w szpitalu przez więcej niż 60 nieprzerwanych dni z powodu trwałego uszkodzenia neurologicznego lub jeżeli ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko znajduje się w trwałym stanie wegetatywnym,
- 13) wydatków poniesionych przed leczeniem szpitalnym będącym częścią leczenia za granicą, chyba że jest to związane z tym leczeniem i zostało zatwierdzone przez nas jako konieczne do wykonania przed leczeniem szpitalnym,
- 14) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia, badań, zakupu jakichkolwiek lekarstw lub suplementów diety oraz wszelkich materiałów medycznych przed pobytem w szpitalu, będącym częścią leczenia za granicą, chyba że jest to związane z tym leczeniem i zostało zatwierdzone przez nas jako konieczne do wykonania przed leczeniem szpitalnym,
- 15) zapewnienia i pokrycia kosztów rutynowych badań lekarskich, badań przesiewowych lub testów zdrowotnych mających na celu wykluczenie istnienia schorzeń, które nie zostały zdiagnozowane,
- 16) zapewnienia i pokrycia kosztów wszelkich drugich opinii medycznych w odniesieniu do tej samej diagnozy stanu chorobowego, powyżej limitu, chyba że zostały wcześniej zatwierdzone i zorganizowane przez nas,



Limit dotyczący liczby drugich opinii medycznych wskazujemy w tabeli limitów.

- 17) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia w wyniku próby popełnienia przez ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko samobójstwa, umyślnego samookaleczenia, zaniedbania lub lekkomyślności, lub niepotrzebnego narażenia się na niebezpieczeństwo, z wyjątkiem próby ratowania życia ludzkiego oraz sprowadzenia zwłok do Polski w przypadku popełnienia samobójstwa,
 - 18) zapewnienia i pokrycia kosztów rozmów telefonicznych,
 - 19) zmian w planie i warunkach podróży i zakwaterowania przygotowanych i zatwierdzonych przez nas, dokonanych przez ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w jego imieniu, niezorganizowanych lub nieautoryzowanych przez nas,
 - 20) zapewnienia i pokrycia kosztów leczenia, zapewnianego przez lub pod kierunkiem lekarza, specjalisty lub placówki medycznej, która w kraju, w którym odbywa się leczenie za granicą, nie jest uznawana przez odpowiednie władze za posiadających specjalistyczną wiedzę lub doświadczenie w leczeniu stanu chorobowego.
14. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu:
- 1) roszczeń wynikających bezpośrednio lub pośrednio z błędu medycznego lub awarii jakiegokolwiek sprzętu medycznego/ chirurgicznego lub innego rodzaju urządzenia,
 - 2) wydatków na organizację podróży i noclegu dokonanych przez ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w jego imieniu, niezorganizowanych lub nieautoryzowanych przez nas.



Realizacja świadczenia

Jak zrealizujemy świadczenie

15. Aby zgłosić nam roszczenie, ubezpieczony musi skontaktować się z nami telefonicznie pod numerem telefonu: **22 460 22 22**.
16. W trakcie rozmowy telefonicznej nasz pracownik:
 - 1) potwierdzi tożsamość ubezpieczonego,
 - 2) zarejestruje zgłoszenie roszczenia,
 - 3) wskaże adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia, który ubezpieczony powinien wypełnić i nam przekazać w sposób tam wskazany.
17. Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia ubezpieczony powinien dołączyć dokumentację medyczną, którą potwierdza wystąpienie stanu chorobowego:

Lp.	Stan chorobowy	Wymagana dokumentacja medyczna
1.	nowotwór złośliwy	Opinia lekarza onkologa, która potwierdza diagnozę nowotworu złośliwego, oraz wyniki badań histopatologicznych.
2.	nowotwór złośliwy przedinwazyjny	Opinia lekarza onkologa, która potwierdza diagnozę nowotworu złośliwego przedinwazyjnego, oraz wyniki badań histopatologicznych.
3.	neurochirurgia	Opinia specjalisty, która potwierdza medyczną konieczność zabiegu, udokumentowana typowymi objawami klinicznymi, w tym wyniki badań tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
4.	operacja przeszczepu aorty	Opinia lekarza kardiologa, która potwierdza medyczną konieczność operacji, wraz z potwierdzeniem, że jest to pierwsza tego typu operacja ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka. Medyczna konieczność operacji musi być poparta wynikami dwóch z poniższych badań: 1) tomografii komputerowej (TK), 2) rezonansu magnetycznego (MRI), 3) USG serca, 4) USG jamy brzusznej, 5) angiografia naczyń krwionośnych.
5.	operacja tętnicy wieńcowej (by-pass)	Opinia lekarza kardiologa, która potwierdza medyczną konieczność operacji, poparta wynikami dwóch z poniższych badań: 1) angiografia tętnic wieńcowych, 2) angiografia CT, 3) echokardiografia 2D.
6.	operacja zastawki serca	Opinia lekarza kardiologa, która potwierdza medyczną konieczność operacji, poparta wynikami dwóch z poniższych badań: 1) echokardiografia 2D, 2) echokardiografia przezprzetykowa, 3) angiografia, 4) badanie radioizotopowe, 5) badanie rezonansu magnetycznego (MRI).
7.	przeszczep	Opinia specjalisty, która potwierdza diagnozę i medyczną konieczność przeszczepu, poparta odpowiednią dokumentacją: 1) badanie RTG, 2) badanie USG, 3) biopsje, 4) badanie tomografii komputerowej (TK) lub 5) badanie rezonansu magnetycznego (MRI).

18. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.



Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że możemy odmówić realizacji świadczenia, jeżeli zachodzą poniższe okoliczności.

19. Zrealizowanie świadczenia poprzez wypłatę sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania stanu chorobowego i zrezygnowania z leczenia za granicą (za wyjątkiem nowotworu złośliwego przedinwazyjnego), po zapoznaniu się z drugą opinią medyczną i wstępnym programem leczenia za granicą przygotowanym przez nas, jest równoznaczne z wykonaniem przez nas zobowiązania z tytułu wystąpienia tego stanu chorobowego. W związku z tym ubezpieczony nie ma możliwości wystąpić o kolejne świadczenie z tytułu zdiagnozowania tego samego stanu chorobowego oraz stanów chorobowych, które powstały w następstwie tego stanu chorobowego albo tej samej choroby, albo tego samego urazu.
20. Jeżeli umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w wyniku jej wypowiedzenia lub nie przedłużymy jej trwania na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, a:
- 1) ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko w dniu rozwiązania umowy dodatkowej jest w trakcie leczenia za granicą – to zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia za granicą wyłącznie przez okres 12 miesięcy od dnia rozwiązania umowy dodatkowej, albo
 - 2) stan chorobowy zostanie zdiagnozowany w okresie ubezpieczenia dodatkowego, ale roszczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie zgłoszone nam po dniu rozwiązania umowy dodatkowej, nie później jednak niż 3 lata od daty diagnozy – to zrealizujemy świadczenie, wypłacając wyłącznie sumę ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania stanu chorobowego i zrezygnowania z leczenia za granicą (za wyjątkiem nowotworu złośliwego przedinwazyjnego), po zapoznaniu się z drugą opinią medyczną i wstępnym programem leczenia za granicą przygotowanym przez nas.



Wysokość tej sumy ubezpieczenia wskazujemy w tabeli limitów.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

21. Nie ponosimy odpowiedzialności za stan chorobowy, który:
- 1) był skutkiem urazu, który wystąpił w okresie 10 lat przed początkiem okresu ubezpieczenia dodatkowego, lub
 - 2) był skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 10 lat przed początkiem okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Powyższe okresy, w których nie ponosimy odpowiedzialności, liczone są od daty zawarcia umowy dodatkowej po raz pierwszy lub po raz kolejny, jeśli nie była zachowana ciągłość pomiędzy kolejnymi, następującymi bezpośrednio po sobie, okresami ubezpieczenia dodatkowego.

22. Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku:
- 1) stanu chorobowego spowodowanego chorobą lub zatruciem się ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 2) stanu chorobowego spowodowanego obrażeniem ciała lub urazem, który zaszedł w następstwie lub został spowodowany, lub nastąpił w związku z pozostawianiem przez ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko pod wpływem alkoholu lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, chyba że pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych nie miało wpływu na powstanie stanu chorobowego,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 3) gdy stan chorobowy jest następstwem wypadku i nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko był pod wpływem alkoholu, leków, środków uderzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, jeśli:
 - a) ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko odmówił ich wykonania albo
 - b) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko,chyba że nie miało to wpływu na powstanie wypadku.

- 4) stanu chorobowego powstałego w następstwie zanieczyszczenia chemicznego lub biologicznego, narażenia na azbest lub zanieczyszczenia radioaktywnego z jakiegokolwiek materiału jądrowego,
- 5) stanu chorobowego powstałego w następstwie lub wynikającego z wojny, wojny domowej, buntu, rewolucji, powstania, zamieszek, interwencji zbrojnej lub zamachu stanu, lub jakiegokolwiek aktu terroryzmu, z wyjątkiem przypadków, gdy taki stan chorobowy powstał u ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka, będących niewinną osobą postronną i w miejscu, w którym nie dochodzi do narażenia na broń jądrową, chemiczną lub biologiczną lub zanieczyszczenie,
- 6) stanu chorobowego będącego następstwem umyślnego czynu przestępczego dokonywanego przez ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko, w tym przeciwstawiania się organom ścigania,
- 7) gdy stan chorobowy jest spowodowany opieką zdrowotną związaną z międzynarodowo i lokalnie uznanymi epidemiami i pandemiami,
- 8) stanu chorobowego spowodowanego zawodowym, rekreacyjnym i wyczynowym uprawianiem przez ubezpieczonego lub niepełnoletnie dziecko sportów wysokiego ryzyka.



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

23. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
24. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady dotyczące zawarcia umowy, co dla Twojej umowy podstawowej.

25. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

26. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
27. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
28. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

29. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
30. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
31. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
32. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

33. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

34. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 67 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 67. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia, które wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% maksymalnej wysokości limitu we wszystkich okresach ubezpieczenia dodatkowego (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 9) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

35. Ochrona ubezpieczeniowa dla niepełnoletniego dziecka wygaśnie dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po jego 18. urodzinach.



W takiej sytuacji umowa dodatkowa trwa, a my nadal obejmujemy ochroną ubezpieczonego i pozostałe osoby, jeśli zostały zgłoszone.

36. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

37. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
- 1) wieku ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka,
 - 2) wybranego wariantu i pakietu ubezpieczenia,
 - 3) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
 - 4) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.
38. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

39. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

40. Reklamację można do nas złożyć:
- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Tabela limitów

Załącznik nr 1 do warunków dodatkowego ubezpieczenia

Tabela limitów obejmuje ograniczenia wysokości świadczeń, kosztów lub częstotliwości (liczby) we wskazanym czasie.

Świadczenie	Wysokość
1. suma ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego przedinwazyjnego	10 000 PLN*
2. suma ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania stanu chorobowego i zrezygnowania z leczenia za granicą (z wyłączeniem nowotworu złośliwego przedinwazyjnego), po zapoznaniu się z drugą opinią medyczną i wstępnym programem leczenia za granicą przygotowanym przez nas	50 000 PLN*

Maksymalne wysokości świadczeń

Świadczenie	Maksymalna wysokość świadczenia	
	w jednym okresie ubezpieczenia dodatkowego	łącznie we wszystkich okresach ubezpieczenia dodatkowego
3. Leczenie za granicą oraz świadczenia wymienione w pkt 1 i w pkt 2	1 000 000 EUR	2 000 000 EUR
W tym ograniczenia wysokości świadczeń wskazanych w pkt 4–8		
4. Leki po powrocie do Polski	nie dotyczy	50 000 EUR
5. Opieka paliatywna i Za opiekę paliatywną uznajemy działania medyczne, które pomagają zmniejszyć ból i inne poważne objawy nowotworu złośliwego po to, by poprawić jakość życia śmiertelnie chorego na nowotwór złośliwy ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka. Opieka paliatywna może być świadczona zarówno w placówce stacjonarnej, jak również w warunkach ambulatoryjnych (w domu lub przychodni). Opieka paliatywna w placówce stacjonarnej jest zapewniana, jeśli stan zdrowia ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka chorego na nowotwór złośliwy spełnia łącznie warunki: • postępuje i jest w bardzo zaawansowanym stadium, • jest nieuleczalny, • lekarz onkolog ocenia, że chory na nowotwór złośliwy nie przeżyje dłużej niż kilka tygodni lub miesięcy.	nie dotyczy	20 000 EUR
6. Sprowadzenie zwłok	nie dotyczy	15 000 EUR
7. Zasiłek dzienny za pobyt w szpitalu i zakwaterowanie osoby towarzyszącej podczas leczenia w szpitalu	150 EUR dziennie, maksymalnie przez okres 8 tygodni	
8. Opłaty za wizę (jeżeli jest wymagana)	150 EUR	nie dotyczy

Świadczenie	Maksymalna częstotliwość (liczba) świadczeń	
	w jednym okresie ubezpieczenia dodatkowego	we wszystkich okresach ubezpieczenia dodatkowego
9. Druga opinia medyczna	2 dla jednej diagnozy stanu chorobowego	nie dotyczy
10. Przeszczep	1	5

* kwoty te pomniejszają maksymalną wysokość świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, wskazaną w pkt 3, o jej równowartość w EUR według średniego kursu walut Narodowego Banku Polskiego, obowiązującego w dniu wypłaty świadczenia, wskazanego w pkt 1 lub w pkt 2.



Skrócony opis przebiegu leczenia za granicą

Załącznik nr 2 do warunków dodatkowego ubezpieczenia

Dotyczy stanu chorobowego z wyłączeniem nowotworu złośliwego przedinwazyjnego.

- 1) Ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko otrzymuje od lekarza w Polsce diagnozę, z której może wynikać zdiagnozowanie stanu chorobowego.
- 2) Ubezpieczony dzwoni pod numer telefonu: 22 460 22 22, gdzie otrzymuje informację, pod jakim adresem internetowym znajduje się internetowy formularz zgłoszenia roszczenia i jakie dokumenty będą wymagane jako załączniki.
- 3) Ubezpieczony wypełnia internetowy formularz zgłoszenia roszczenia oraz załącza do niego skany posiadanej dokumentacji medycznej.
- 4) My, po otrzymaniu tego formularza i dokumentacji, weryfikujemy, czy otrzymane materiały są wystarczające, by podjąć decyzję o zatwierdzeniu albo odrzuceniu roszczenia:
 - a) jeżeli otrzymana dokumentacja nie jest wystarczająca, kontaktujemy się z ubezpieczonym, by pozyskać dodatkową dokumentację,
 - b) jeżeli otrzymana dokumentacja jest wystarczająca, przystępujemy do rozpatrzenia wniosku.
- 5) Jeżeli wniosek zostaje uznany (z otrzymanej dokumentacji wynika, że stan chorobowy spełnia definicję), rozpoczynamy proces przygotowania drugiej opinii medycznej.
- 6) Przygotowujemy drugą opinię medyczną i wstępny program leczenia za granicą wraz z propozycją placówek medycznych, w których mogłoby się ono odbywać.
- 7) Ubezpieczony dokonuje wyboru:
 - a) rezygnuje z leczenia za granicą i wybiera świadczenie w postaci sumy ubezpieczenia albo



Pamiętaj, że zapłata przez nas sumy ubezpieczenia jest równoznaczna z wykonaniem zobowiązania z tytułu tego stanu chorobowego oraz wyłącza możliwość wystąpienia o kolejne świadczenie z tytułu tego samego stanu chorobowego oraz stanów chorobowych, które powstały w następstwie tego stanu chorobowego albo tej samej choroby, albo tego samego urazu.

- b) decyduje się na leczenie za granicą.
- 8) Jeżeli ubezpieczony zdecyduje się na leczenie za granicą:
 - a) dokonuje wyboru wstępnego planu leczenia i placówki medycznej,
 - b) my organizujemy transport i noclegi w miejscu planowanego leczenia oraz proces leczenia,
 - c) ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko przechodzi badania diagnostyczne w placówce medycznej. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań weryfikujemy wstępny plan leczenia albo zmieniamy wstępny plan leczenia i zatwierdzamy go (cały proces odbywa się w porozumieniu z ubezpieczonym),
 - d) ubezpieczony lub niepełnoletnie dziecko jest leczony zgodnie z zatwierdzonym planem leczenia.
- 9) Po zakończeniu zaplanowanego procesu leczenia i zgody lekarza na transport ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka do Polski organizujemy transport.
- 10) Po powrocie do Polski spełniamy na rzecz ubezpieczonego lub niepełnoletniego dziecka świadczenie w wysokości kosztów zakupu leków, o ile zostały zalecone do dalszego leczenia, oraz z tytułu pobytu w szpitalu podczas leczenia za granicą.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia na wypadek
pogorszenia się stanu zdrowia
(Assistance medyczny)**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8, 9, 10 Świadczenie: pkt. 11, 12 Realizacja świadczenia: pkt. 13, 14, 15, 16
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 17, 18, 19

Assistance medyczny
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia
(Assistance medyczny)**
AS-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	234
Słownik pojęć	234
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	236
Świadczenie	239
Realizacja świadczenia	240
Wyłączenia odpowiedzialności	240
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	241
Odstąpienie od umowy dodatkowej	242
Rozwiązanie umowy dodatkowej	242
Składka za ryzyko	243
Reklamacje	243

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia (Assistance medyczny) uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia (Assistance medyczny) obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

centrum operacyjne lub centrum alarmowe	Centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z nami umowę dotyczącą realizacji świadczeń. Celem działania centrum jest udzielanie pomocy ubezpieczonemu lub jego małżonkowi albo partnerowi, lub niepełnoletniemu dziecku w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną.
choroba	Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
niepełnoletnie dziecko	Osoba w wieku poniżej 18 lat, która jest: • synem, córką lub pasierbem ubezpieczonego, • synem, córką lub pasierbem małżonka albo partnera ubezpieczonego.  Za dziecko uznajemy zarówno dziecko biologiczne, jak i przysposobione.
okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 1 rok, ale nie dłużej niż do: • końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo • ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat.

pogorszenie się stanu zdrowia	Zdiagnozowanie u ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka choroby lub doznanie przez nich urazu w wyniku wypadku.
rekreacyjne uprawianie sportu	Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć oraz odnowić siły psychofizyczne.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Organizacja i pokrycie przez nas kosztów usług związanych ze zdarzeniami objętymi ochroną lub innych usług zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia.  Świadczenie zrealizujemy wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 60 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia (Assistance medyczny) zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.  Umowa dodatkowa obowiązuje jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
uraz	Uszkodzenie tkanek ciała lub narządów w wyniku działania czynnika zewnętrznego, który – z medycznego punktu widzenia – nie jest chorobą lub czynnikiem chorobotwórczym.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia (Assistance medyczny).
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które spełnia łącznie warunki: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wyczynowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na: • regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych lub • udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
zawodowe uprawianie sportu	Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu: • wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub • stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągnięcia w tej dziedzinie wyniki.
zdarzenie objęte ochroną	Wystąpienie w życiu ubezpieczonego następujących zdarzeń: 1) pogorszenie się jego stanu zdrowia, 2) pogorszenie się stanu zdrowia małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka, 3) potrzeba pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej. Zdarzenie objęte ochroną musi: 1) wynikać z choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko oraz 2) wydarzyć się w okresie ubezpieczenia dodatkowego.  Za trudną sytuację losową uznajemy: • śmierć małżonka albo partnera, • śmierć niepełnoletniego dziecka, • śmierć rodzica ubezpieczonego lub małżonka albo partnera.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub życie ubezpieczonego w zakresie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, które dotyczy jego małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy:
 - 1) świadczenia, które polegają na udzieleniu pomocy ubezpieczonemu w przypadku zdarzenia objętego ochroną,
 **Zdarzeniem objętym ochroną, o którym mowa w pkt 1), jest pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka.**
 - 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,
 **Trudną sytuacją losową jest śmierć: małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka, lub rodzica ubezpieczonego, lub rodzica małżonka albo partnera.**
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne,
 - 4) infolinię „baby assistance”,
 - 5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa.
 **Za inwalidztwo uznajemy uszkodzenie ciała lub zdrowia ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, które łącznie spełnia następujące warunki:**
 - powstało w wyniku wypadku,
 - spowodowało trwałe lub czasowe utrudnienie w wykonywaniu przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera dotychczasowej pracy zarobkowej,
 - zostało stwierdzone orzeczeniem odpowiedniego organu (np. ZUS) potwierdzającym całkowitą lub częściową niezdolność do pracy.
7. Zakres ochrony zależy od wariantu ubezpieczenia, który wybierasz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
8. Świadczenia, których organizację zapewniamy ubezpieczonemu w ramach danego wariantu ubezpieczenia, oraz kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w poniższej tabeli:

		Wariant ubezpieczenia	
L.p.	Zakres i opis świadczeń	Wariant Standard	Wariant Premium
1.	Wizyta u lekarza po doznanym wypadku  Organizacja i pokrycie kosztów wizyt u lekarza pierwszego kontaktu w placówce medycznej albo kosztów dojazdów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca zamieszkania i jego honorariów za wizytę w tym miejscu. Za placówkę medyczną uznajemy szpital, przychodnię lub gabinet medyczny.	1500 zł	1700 zł
2.	Wizyta u lekarza specjalisty po doznanym wypadku  Organizacja i pokrycie kosztów wizyt u lekarza specjalisty w placówce medycznej albo kosztów dojazdów lekarza specjalisty do miejsca zamieszkania i jego honorariów za wizytę w tym miejscu. Za placówkę medyczną uznajemy szpital, przychodnię lub gabinet medyczny.	1500 zł	1700 zł
3.	Wizyta pielęgniarki w miejscu zamieszkania po pobycie ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko w szpitalu w wyniku doznanego przez nich wypadku  Organizacja i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca zamieszkania, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem i trwał co najmniej 6 dni.	1500 zł	1700 zł
4.	Wizyta pielęgniarki w miejscu zamieszkania po chorobie przebytej przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Organizacja i pokrycie kosztów dojazdów do miejsca zamieszkania i honorariów pielęgniarki.	1000 zł	1200 zł

		Wariant ubezpieczenia	
L.p.	Zakres i opis świadczeń	Wariant Standard	Wariant Premium
5.	Dostarczenie do miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza w przypadku choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza do miejsca zamieszkania, jeśli ze zwolnienia lekarskiego wynika konieczność leżenia.	200 zł	400 zł
6.	Pokrycie kosztów leków przepisanych przez lekarza po wypadku doznanym przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Pokrycie kosztów leków dostarczonych do miejsca zamieszkania w sytuacji, jeśli ze zwolnienia lekarskiego wynika konieczność leżenia.	300 zł	500 zł
7.	Pokrycie kosztów posiłków i ich dostarczenia do miejsca zamieszkania po wypadku doznanym przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Dostarczenie posiłków wraz z pokryciem kosztów gotowych posiłków, jeśli ze zwolnienia lekarskiego wynika konieczność leżenia.	150 zł	200 zł
8.	Wizyta rehabilitanta w domu w przypadku choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Organizacja oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania.	500 zł	700 zł
	Wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport w przypadku choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Organizacja i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Za poradnię rehabilitacyjną uznajemy placówkę medyczną wskazaną przez centrum operacyjne.	500 zł	700 zł
9.	Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego zaleconego przez lekarza w przypadku choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Udzielenie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego. Za sprzęt rehabilitacyjny uznajemy każdy sprzęt niezbędny do rehabilitacji, który umożliwia samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.	200 zł	400 zł
	Transport sprzętu rehabilitacyjnego w przypadku choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko  Organizacja i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka. Za sprzęt rehabilitacyjny uznajemy każdy sprzęt niezbędny do rehabilitacji, który umożliwia samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.	200 zł	400 zł
10.	Transport medyczny ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej w przypadku choroby lub wypadku  Organizacja transportu medycznego z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, jeśli stan zdrowia będzie wymagał pobytu w placówce medycznej. Za placówkę medyczną uznajemy szpital, przychodnię lub gabinet medyczny.	1500 zł	1700 zł
11.	Transport medyczny ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka z placówki medycznej do miejsca zamieszkania  Organizacja transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania. Za placówkę medyczną uznajemy szpital, przychodnię lub gabinet medyczny.	1500 zł	1700 zł

		Wariant ubezpieczenia	
L.p.	Zakres i opis świadczeń	Wariant Standard	Wariant Premium
12.	Transport medyczny ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka z placówki medycznej do placówki medycznej ➤ Organizacja transportu medycznego do placówki medycznej, wskazanej przez ubezpieczonego, jeśli ubezpieczony, małżonek albo partner lub niepełnoletnie dziecko przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia, lub w przypadku skierowania na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Za placówkę medyczną uznajemy szpital, przychodnię lub gabinet medyczny.	1500 zł	1700 zł
13.	Dostarczenie rzeczy osobistych codziennego użytku ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka do szpitala ➤ Dostarczenie z miejsca zamieszkania rzeczy osobistych codziennego użytku, jeśli pobyt w szpitalu ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka, według informacji ze szpitala potwierdzonych przez centrum operacyjne, ma trwać co najmniej 3 dni.	150 zł	300 zł
14.	Transport członka rodziny w przypadku pobytu w szpitalu ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka ➤ Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu członka rodziny (bilety autobusowe lub kolejowe I klasy), jeśli pobyt w szpitalu ubezpieczonego, małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka trwa co najmniej 3 dni.	300 zł	500 zł
15.	Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi ➤ Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad niepełnoletnimi dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, jeżeli ubezpieczony lub małżonek albo partner przebywa w szpitalu, a osoby te przebywają w miejscu zamieszkania. Za osoby niesamodzielne uznajemy takie osoby, które ze względu na stan zdrowia, wady wrodzone lub podeszły wiek nie są samodzielne, nie mogą zaspokajać swych podstawowych potrzeb życiowych oraz wymagają stałej opieki.	600 zł	800 zł
16.	Organizacja i pokrycie kosztu przewozu oraz pobytu psa lub kota do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami ➤ Pokrycie kosztu opieki w tej placówce przez okres do 5 dni w przypadku pobytu w szpitalu ubezpieczonego lub małżonka albo partnera trwającego co najmniej 3 dni.	500 zł	700 zł
17.	Pomoc domowa po pobycie w szpitalu ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka ➤ Organizacja i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończonym pobycie w szpitalu trwającym dłużej niż 7 dni, jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner, lub niepełnoletnie dziecko nie może skorzystać z pomocy domowników. Za pomoc domową uznajemy: - utrzymanie czystości w domu poprzez: - sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, - ścieranie kurzu z mebli i parapetów, - odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej, - czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem oraz czyszczenie zlewu, - zmywanie naczyń, - czyszczenie płyty kuchennej, - przygotowanie posiłków, - robienie zakupów niezbędnych do utrzymania czystości w domu i przygotowywania posiłków, - podlewanie kwiatów, - wyrzucenie śmieci, przy użyciu udostępnionych środków lub sprzętów.	400 zł	600 zł
18.	Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka ➤ Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Za trudną sytuację losową uznajemy: - śmierć małżonka albo partnera, - śmierć niepełnoletniego dziecka, - śmierć rodzica ubezpieczonego lub małżonka albo partnera.	500 zł	700 zł

		Wariant ubezpieczenia	
L.p.	Zakres i opis świadczeń	Wariant Standard	Wariant Premium
19.	Zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna  Udzielenie informacji na następujące tematy: • państwowe i prywatne placówki służby zdrowia, z których można skorzystać w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia poza miejscem zamieszkania, • działanie leków, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży, • placówki medyczne prowadzące zabiegi rehabilitacyjne, • placówki handlowe oferujące sprzęt rehabilitacyjny, • informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych, • dieta i zdrowe odżywianie. Umożliwienie telefonicznej rozmowy z lekarzem konsultantem centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje te nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza konsultanta centrum operacyjnego albo wobec nas.	bez limitu	bez limitu
20.	Infolinia „baby assistance”  Udzielenie informacji na następujące tematy: • objawy ciąży, • badania prenatalne, • wskazówki w zakresie przygotowania się do porodu, • szkoły rodzenia, • pielęgnacja w czasie ciąży i po porodzie, • karmienie i pielęgnacja noworodka, • obowiązkowe szczepienia dzieci.	bez limitu	bez limitu
21.	Pomoc w organizacji przystosowania miejsca pracy w przypadku inwalidztwa ubezpieczonego lub małżonka albo partnera w wyniku wypadku  Pomoc w organizacji i przystosowaniu miejsca pracy, tj. modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania, jeżeli w wyniku wypadku ubezpieczony lub małżonek albo partner doznał inwalidztwa. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy nie są przez nas pokrywane i muszą zostać poniesione przez ubezpieczonego. Za inwalidztwo uznajemy fizyczne uszkodzenie ciała lub zdrowia, które łącznie spełnia następujące warunki: • powstało w wyniku wypadku, • spowodowało trwałe lub czasowe utrudnienie w wykonywaniu przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera dotychczasowej pracy zarobkowej, • zostało stwierdzone orzeczeniem odpowiedniego organu (np. ZUS) potwierdzającym całkowitą lub częściową niezdolność do pracy.	tylko organizacja	tylko organizacja

9. Zapewniamy zrealizowanie na rzecz ubezpieczonego świadczeń wskazanych w tabeli i pokrywamy ich koszty do wysokości określonych w niej limitów. Jednak łączny koszt usług wymienionych w punktach 1–17, zrealizowanych w związku z jednym zdarzeniem objętym ochroną, nie może przekroczyć 1700 zł.
10. Kwotowe limity kosztów określone w powyższej tabeli mogą być wykorzystywane więcej niż jeden raz w okresie ubezpieczenia dodatkowego pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń objętych ochroną.



Świadczenie

Na czym polega świadczenie

11. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną zrealizujemy świadczenie na rzecz ubezpieczonego za pośrednictwem centrum operacyjnego.
-  Centrum operacyjne jest czynne całą dobę.
12. Jeżeli koszt danego świadczenia przekroczy kwotowy limit kosztów, centrum operacyjne może zrealizować tę usługę pod warunkiem, że ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez nas limitem.



Realizacja świadczenia

Na podstawie jakich informacji i dokumentów zrealizujemy świadczenie

13. Aby zrealizować świadczenie, ubezpieczony musi skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym.

Numer do centrum operacyjnego znajduje się w polisie.

Pamiętaj, że koszty działań podejmowanych przez ubezpieczonego we własnym zakresie (bez udziału centrum operacyjnego i w zakresie nie opisanym umową dodatkową) nie są objęte naszą ochroną.

14. W trakcie rozmowy telefonicznej z centrum operacyjnym należy podać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) adres zamieszkania,
- 3) numer polisy,
- 4) okres ubezpieczenia dodatkowego,
- 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju potrzebnej pomocy,
- 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
- 7) inne informacje niezbędne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy.

15. Centrum operacyjne może poprosić ubezpieczonego o dostarczenie dodatkowych informacji lub dokumentów, jeśli są niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.



Możemy odmówić spełnienia świadczenia, jeśli nie otrzymamy wszystkich informacji i dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia, w tym tych, o które poprosimy.

16. Jeśli na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej ubezpieczony nie będzie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i sam pokryje koszty świadczeń wskazanych w warunkach dodatkowego ubezpieczenia, zwrócimy poniesione przez niego koszty, ale do wysokości naszych świadczeń, które byśmy spełnili, i pod warunkiem, że nie zachodzą okoliczności przewidziane umową dodatkową, które wykluczałyby zrealizowanie przez nas świadczenia.



W takiej sytuacji należy skontaktować się z centrum operacyjnym niezwłocznie, nie później niż w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia ustania przyczyny, która uniemożliwiła skontaktowanie się z centrum operacyjnym.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności lub zdarzenia wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie zrealizujemy wówczas świadczenia.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

17. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje innych zdarzeń niż opisane w umowie dodatkowej oraz:

- 1) zdarzeń objętych ochroną lub ich następstw, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) świadczeń poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania pozwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów kosztów,
- 4) kosztów zakupu leków (nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
- 5) kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli będą lub są pokryte w ramach ubezpieczenia społecznego (nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie),
- 6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych,
 - b) helioterapii,
 - c) działań wojennych,
 - d) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
 - e) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
 - f) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka,

- g) samookaleczenia ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka, okaleczenia na ich własną prośbę lub usiłowania popełnienia przez nich samobójstwa,
- h) chorób psychicznych ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka,
- i) uprawiania przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,



Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.

- j) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - k) poddania się przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - m) chorób przewlekłych ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka.
18. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli zdarzenie objęte ochroną nastąpiło w wyniku:
- 1) pozostawiania przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

- 2) pozostawiania przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 3) choroby lub zatrucia się przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletnie dziecko spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku.
19. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku ubezpieczony lub małżonek albo partner, lub niepełnoletnie dziecko był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
- 1) ubezpieczony lub małżonek albo partner, lub niepełnoletnie dziecko odmówił ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez nich.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

- 20. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
- 21. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

- 22. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

23. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
24. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
25. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

26. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
28. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
29. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

30. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

31. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 65 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 65. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

32. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

33. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
 - 1) wieku ubezpieczonego,
 - 2) wariantu ubezpieczenia,
 - 3) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego,
 - 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę.
34. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

35. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

36. Reklamację można do nas złożyć:
 - 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek konieczności konsultacji
medycznych (e-konsultacje)**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8 Świadczenie: pkt. 9, 10 Realizacja świadczenia: pkt. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 19, 20

E-konsultacje medyczne
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek konieczności konsultacji medycznych
(e-konsultacje)**
TELEMED-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	246
Słownik pojęć	246
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	248
Świadczenie	249
Realizacja świadczenia	250
Wyłączenia odpowiedzialności	251
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	251
Odstąpienie od umowy dodatkowej	252
Rozwiązanie umowy dodatkowej	252
Składka za ryzyko	252
Reklamacje	253

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności konsultacji medycznych (e-konsultacje) uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności konsultacji medycznych (e-konsultacje) obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia, ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.

Usługa wsparcia, która polega na:

- 1) przekazywaniu informacji o zakresie ubezpieczenia dodatkowego i jego wariancie,
- 2) pomocy w organizacji procesu leczenia poprzez umawianie dodatkowych usług medycznych, które nie są objęte zakresem umowy dodatkowej lub są usługami poza przysługującym limitem,



Dodatkowe usługi medyczne nie są objęte naszą ochroną i wykonywane są wyłącznie na życzenie i w uzgodnieniu z ubezpieczonym. Dodatkowe usługi medyczne są płatne, ale w związku z tym, że zawarłeś umowę dodatkową, przysługują ubezpieczonemu zniżki.

concerge medyczny

- 3) przekazywaniu w oparciu o przeprowadzany wywiad informacji o profilaktyce zdrowotnej oraz doborze właściwej ścieżki diagnostycznej,
- 4) pomocy medycznej w prostych schorzeniach (przeziębienie, grypa, infekcje) w tym w postaci wystawienia e-recepty lub przedłużenia e-recepty na leki przyjmowane na stałe lub wystawienia e-skierowania, e-zwolnienia.



Concerge medyczny jest świadczony wyłącznie w formie infolinii, która dostępna jest codziennie w godzinach 7:00 – 21:00 pod numerem: 22 688 79 90.

e-konsultacja	Porada lekarska udzielana zdalnie przez lekarza określonej specjalizacji, jeżeli jest to medycznie uzasadnione w związku z chorobą lub wypadkiem, którego doznał ubezpieczony lub małżonek albo partner, lub niepełnoletnie dziecko.  Odbywa się za pośrednictwem telefonu, komputera lub innego urządzenia umożliwiającego kontakt na odległość.
niepełnoletnie dziecko	Osoba w wieku od 3 miesięcy do 17 lat, która jest: • synem, córką lub pasierbem ubezpieczonego, • synem, córką lub pasierbem małżonka albo partnera ubezpieczonego.  Za dziecko uznajemy zarówno dziecko biologiczne jak i przysposobione.
okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 1 rok, ale nie dłużej jednak niż do: • końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia, albo • ukończenia przez ubezpieczonego 85 lat.
pakiet interwencja kryzysowa	Usługa, która polega na e-konsultacji z lekarzem psychologiem lub psychiatrą w przypadku, gdy ubezpieczony lub małżonek albo partner, lub niepełnoletnie dziecko potrzebuje takiej pomocy w związku z: 1) utratą pracy, 2) śmiercią członka rodziny, 3) wypadkiem komunikacyjnym
pogorszenie się stanu zdrowia	Zdiagnozowanie u ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka choroby lub doznanie przez nich urazu w wyniku wypadku.
pojazd	1) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze lub torowisku albo urządzenie poruszające się po drodze lub torowisku, które jest: • pojazdem silnikowym, w tym również motocyklem, motorowerem, hulajnogą elektryczną, • innym pojazdem jednośladowym (np. rowerem) bądź • pojazdem szynowym.  Za drogę uznajemy drogę w rozumieniu Ustawy prawo o ruchu drogowym. 2) Statek morski lub śródlądowy – urządzenie o napędzie mechanicznym, które: • pływa oraz • działa zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, oraz • jest wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych i regularnych połączeń komunikacyjnych.  Za statek morski lub śródlądowy nie uznajemy: okrętów podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym. 3) Statek powietrzny – samolot lub śmigłowiec, który realizuje przewozy lotnicze i należy do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
portal pacjenta	Dostępny za pośrednictwem sieci Internet serwis teleinformatyczny, który umożliwia: 1) umawianie i odbywanie e-konsultacji oraz 2) przeglądanie dokumentacji medycznej.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Organizacja i pokrycie przez nas kosztów usług związanych ze zdarzeniami objętymi ochroną, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 84 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności konsultacji medycznych (e-konsultacje) zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.

uraz	Uszkodzenie tkanek ciała lub narządów w wyniku działania czynnika zewnętrznego, który – z medycznego punktu widzenia – nie jest chorobą lub czynnikiem chorobotwórczym.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności konsultacji medycznych (e-konsultacje).
wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które spełnia łącznie warunki: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
wypadek komunikacyjny	Wypadek spowodowany ruchem pojazdu, któremu uległ ubezpieczony jako kierujący tym pojazdem lub pasażer
zdarzenie objęte ochroną	Wystąpienie w życiu ubezpieczonego następujących zdarzeń, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia: 1) pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego lub 2) pogorszenie się stanu zdrowia małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka. Zdarzenie objęte ochroną musi: 1) wynikać z choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka oraz 2) wydarzyć się w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub życie ubezpieczonego w zakresie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, które dotyczy jego małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy:
 - 1) e-konsultacje,
 - 2) pakiet interwencja kryzysowa,
 - 3) concierge medyczny.
7. Zakres ochrony zależy od wariantu ubezpieczenia, który wybierasz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Masz do wyboru:
 - 1) wariant indywidualny, w którym zakres ochrony dotyczy wyłącznie ubezpieczonego, albo
 - 2) wariant rodzinny, w którym zakres ochrony dotyczy ubezpieczonego oraz zgłoszone przez niego osoby: jego małżonka albo partnera oraz niepełnoletnie dzieci.



W wariantcie wariantcie rodzinnym ubezpieczony, oprócz siebie, może zgłosić nie więcej niż 3 osoby spośród wyżej wymienionych.

8. Świadczenia, których organizację zapewniamy w ramach danego wariantu ubezpieczenia oraz przysługujące limity określone są w poniższej tabeli:

Zakres ochrony i limity	Wariant indywidualny	Wariant rodzinny
Concierge medyczny – bez limitu w okresie ubezpieczenia dodatkowego	TAK	TAK
Łączny limit e-konsultacji w okresie ubezpieczenia dodatkowego	5	12 (łącznie dla wszystkich zgłoszonych osób)

Zakres ochrony i limity	Wariant indywidualny	Wariant rodzinny
Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie e-konsultacji	Podstawowa opieka zdrowotna: - internista - lekarz rodzinny Specjalistyczna opieka zdrowotna: - alergolog - chirurg ogólny - dermatolog - diabetolog - endokrynolog - gastrolog - ginekolog - kardiolog - lekarz medycyny podróży - laryngolog - nefrolog - neurolog - onkolog, - okulista - ortopeda - pulmonolog - urolog	Podstawowa opieka zdrowotna: - internista - pediatra - lekarz rodzinny Specjalistyczna opieka zdrowotna: - alergolog - alergolog dziecięcy - chirurg ogólny - dermatolog - dermatolog dziecięcy - diabetolog - endokrynolog - endokrynolog dziecięcy - gastrolog - gastrolog dziecięcy - ginekolog - ginekolog położnik - kardiolog - lekarz medycyny podróży - lekarz medycyny podróży dziecięcy - laryngolog - laryngolog dziecięcy - nefrolog - neurolog - onkolog - okulista - ortopeda - ortopeda dziecięcy - pulmonolog - pulmonolog dziecięcy - urolog
Pakiet interwencja kryzysowa	Psycholog/psychiatra	Psycholog/psychiatra
Łączny limit e-konsultacji w okresie ubezpieczenia dodatkowego	3 (dodatkowy limit ponad ten wskazany powyżej)	3 (dodatkowy limit ponad ten wskazany powyżej)



Świadczenie

Dla kogo zrealizujemy świadczenie

9. Jeśli wybrałeś wariant indywidualny, to świadczenia dostępne dla tego wariantu zrealizujemy wyłącznie na rzecz ubezpieczonego. Liczba tych świadczeń nie może przekroczyć ustalonych limitów w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Limity świadczeń dostępnych w każdym wariantcie znajdziesz w tabeli w pkt 8.

10. Jeśli wybrałeś wariant rodzinny, to świadczenia dostępne dla tego wariantu zrealizujemy na rzecz ubezpieczonego oraz zgłoszonych przez niego osób. Liczba tych świadczeń nie może przekroczyć ustalonych limitów w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Limity świadczeń w wariantcie rodzinnym jest łączny dla wszystkich zgłoszonych osób.



Realizacja świadczenia

Jak realizujemy świadczenie

11. Świadczenia objęte zakresem ochrony realizujemy za pośrednictwem portalu pacjenta.
12. Po zawarciu umowy dodatkowej wyślemy do Ciebie wiadomość e-mail z linkiem do portalu pacjenta. Poprzez ten link ubezpieczony utworzy swoje konto, ustawi parametry logowania oraz zgłosi osoby, jeśli wybrałeś rodzinny wariant ubezpieczenia.



Aby utworzyć konto na portalu pacjenta należy podać wymagane przez ten serwis dane oraz zaakceptować umieszczony tam regulamin.

Korzystanie z portalu pacjenta wymaga spełnienia następujących wymagań technicznych:

- urządzenia z dostępem do Internetu (komputer, tablet lub smartfon),
- stabilnego łącza internetowego,
- zainstalowanej i aktualnej przeglądarki internetowej (np. Chrome, Firefox, Safari),
- włączonej obsługi plików cookies oraz JavaScript,
- aktywnego adresu e-mail (do rejestracji i kontaktu),
- opcjonalnie: mikrofonu i kamery – w przypadku e-konsultacji w formie wideo.

13. E-konsultacje realizujemy w wybranej formie: czatu internetowego, telekonferencji lub wideokonferencji.
14. Skorzystanie ze świadczeń dostępnych dla wybranego wariantu ubezpieczenia nie wymaga skierowania lekarza.
15. Aby skorzystać z e-konsultacji w ramach pakietu interwencji kryzysowej, concierge medyczny poprosi o przedstawienie:
 - 1) aktu zgonu członka rodziny lub
 - 2) dokumentu potwierdzającego, że ubezpieczony lub małżonek albo partner stracił pracę z winy pracodawcy (np. likwidacja stanowiska lub firmy), lub
 - 3) zaświadczenia lekarskiego, które potwierdzi, że ubezpieczony lub osoba, którą zgłosił, był hospitalizowany po wypadku komunikacyjnym.
16. Świadczenia są realizowane codziennie w godzinach 7:00 – 21:00, w terminach uzgodnionych z ubezpieczonym. Terminy te wynoszą:
 - 1) do 4 godzin od umówienia e-konsultacji – w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) do 24 godzin od umówienia e-konsultacji – w przypadku specjalistycznej opieki zdrowotnej,



Termin 24 godzin obowiązuje jedynie w przypadku złożenia zamówienia na e-konsultację do godziny 12:00. Jeśli ubezpieczonyłoży zamówienie po 12:00, czas ten liczony jest od godziny 7:00 następnego dnia.

- 3) do 48 godzin od umówienia e-konsultacji – w przypadku pakietu interwencji kryzysowej.



Gwarancja dostępności danej e-konsultacji dotyczy tylko terminu wskazanego powyżej i specjalizacji, ale nie dotyczy preferowanego lekarza (konkretnej osoby).

Co się stanie, gdy nie zapewnimy e-konsultacji na czas?

17. Jeżeli:
 - 1) nie zrealizujemy e-konsultacji w czasie wskazanym w punkcie 16 i poinformujemy ubezpieczonego o tym przez portal pacjenta lub concierge medyczny oraz
 - 2) ubezpieczony lub osoba, którą zgłosił, w ciągu 1 dnia od otrzymania takiej informacji odbędzie taką samą e-konsultację na własny koszt w innej placówce medycznej, która z nami nie współpracuje i nie działa przez portal pacjenta, oraz
 - 3) ubezpieczony zachowa dokumenty potwierdzające koszty tej e-konsultacji (faktura lub rachunek z nazwiskiem osoby korzystającej z usługi, ze szczegółami i dowodem zapłaty) w kwocie co najmniej takiej, jaką wskazujemy w punkcie 18,to ubezpieczony może zgłosić się do concierge medycznego o zwrot części kosztów takiej e-konsultacji przeprowadzonej w innej placówce medycznej do wysokości wskazanej w punkcie 18.
18. Zwrot części kosztów wynosi:
 - 1) 89 zł za e-konsultację z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w innej placówce medycznej,
 - 2) 119 zł za e-konsultację u specjalisty w innej placówce medycznej, w tym także za e-konsultację w ramach pakietu interwencji kryzysowej, pod warunkiem, że konsultacja w ramach tego pakietu była wcześniej uznana i potwierdzona przez concierge medycznego.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają odpowiedzialność. Oznacza to, że możemy odmówić realizacji świadczenia, jeżeli zachodzą niżej wymienione okoliczności.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

19. Nie odpowiadamy za przypadki, w których potrzeba zrealizowania świadczenia wynika z:
 - 1) działań wojennych,
 - 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka przestępstwa z winy umyślnej.
20. Nie obejmujemy ochroną i nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:
 - 1) e-konsultacji w liczbie przekraczającej limit lub zakres wybranego wariantu ubezpieczenia,
 - 2) kosztów innych świadczeń medycznych niż objęte wariantem ubezpieczenia i zrealizowanych w sposób opisany umową dodatkową,
 - 3) kosztów leków, środków pomocniczych, itp. nawet jeżeli zalecenie ich stosowania wynika z przeprowadzonych e-konsultacji.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

21. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
22. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

23. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

24. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
25. Umowa dodatkowa jest zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
26. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

27. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
29. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
30. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

31. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

32. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 85 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 85. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

33. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

34. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wybranego wariantu ubezpieczenia,
- 2) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę.

35. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

36. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

37. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia „Twoje zdrowie”

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 5, 6, 7, 8 Świadczenie: pkt. 9, 10 Realizacja świadczenia: pkt. 11, 12, 13, 14
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 4 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 15, 16

„Twoje zdrowie”
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
„Twoje zdrowie”
STMED-OWDU-0625



SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	256
Słownik pojęć	256
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	258
Świadczenie	259
Realizacja świadczenia	260
Wyłączenia odpowiedzialności	260
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	260
Odstąpienie od umowy dodatkowej	261
Rozwiązanie umowy dodatkowej	261
Składka za ryzyko	262
Reklamacje	262

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia „Twoje zdrowie” uchwałą nr 5/08/2025.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczenia „Twoje zdrowie” obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Jeśli zawierasz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego i jednocześnie ubezpieczamy Twoje zdrowie, jesteś również ubezpieczonym. Jeśli jednak zawarłeś umowę dodatkową na rzecz innej osoby, to ona jest ubezpieczonym i w takiej sytuacji masz obowiązek przekazać jej wszystkie informacje dotyczące tej umowy, w tym:
 - informację o wysokości sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po tym, jak otrzymasz ją od nas,
 - informację o zmianie warunków umowy, zanim ją zaakceptujesz.
4. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

badania laboratoryjne

Pakiet następujących badań:

- morfologia pełna – rozmaz automatyczny – krew,
- glukoza na czczo we krwi żyłnej,
- aminotransferaza alaninowa – ALAT (GPT),
- badanie ogólne moczu,
- kreatynina – surowica,
- aminotransferaza asparaginianowa - ASPAT (GOT),
- lipidogram – HDL, LDL,
- białko ostrej fazy – CRP – ilościowo,
- potas – surowica,
- sód – surowica,
- bilirubina całkowita – surowica,
- odczyn Biernackiego - OB – krew,
- gammaglutamylotranspeptydaza – GGTP,
- żelazo na czczo – surowica,
- kwas moczowy – surowica,
- fosfataza zasadowa (alkaliczna) – ALP,
- badania tarczycowe – 2xTSH, FT3, FT4,
- INR.

badania obrazowe	Badania:
	• RTG (promieniowanie rentgenowskie) jednej części ciała, • USG (ultrasonografia) jednej części ciała za wyjątkiem USG dopplerowskiego.  Badania obrazowe wymagają skierowania otrzymanego od lekarza w trakcie stacjonarnej wizyty lekarskiej.
choroba	Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.
concerge medyczny	Usługa wsparcia, która polega na: 1) umawianiu stacjonarnych wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych lub badań obrazowych, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia, 2) przekazywaniu informacji o zakresie ubezpieczenia dodatkowego i jego wariancie, 3) pomocy w organizacji procesu leczenia poprzez umawianie dodatkowych usług medycznych, które nie są objęte zakresem umowy dodatkowej lub są usługami poza przysługującym limitem,  Dodatkowe usługi medyczne nie są objęte naszą ochroną i wykonywane są wyłącznie na życzenie i w uzgodnieniu z ubezpieczonym. Dodatkowe usługi medyczne są płatne, ale w związku z tym, że zawarte są umowę dodatkową, przysługują zniżki. 4) przekazywaniu, w oparciu o przeprowadzany wywiad, informacji o profilaktyce zdrowotnej oraz doborze właściwej ścieżki diagnostycznej, 5) pomocy medycznej w prostych schorzeniach (przeziębienie, grypa, infekcje), w tym w postaci wystawienia e-recepty lub przedłużenia e-recepty na leki przyjmowane na stałe, lub wystawienia e-skierowania, e-zwolnienia.  Concerge medyczny jest świadczony wyłącznie w formie infolinii, która dostępna jest codziennie w godzinach 7:00–21:00 pod numerem: 22 688 79 90.
niepełnoletnie dziecko	Osoba w wieku od 3 miesięcy do 17 lat, która jest: • synem, córką lub pasierbem ubezpieczonego, • synem, córką lub pasierbem małżonka albo partnera ubezpieczonego.  Za dziecko uznajemy zarówno dziecko biologiczne, jak i przysposobione.
okres ubezpieczenia dodatkowego	Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 1 rok, ale nie dłużej niż do: • końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia, albo • ukończenia przez ubezpieczonego 85 lat.
pogorszenie się stanu zdrowia	Zdiagnozowanie u ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka choroby lub doznanie przez nich urazu w wyniku wypadku.
składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
stacjonarne wizyty lekarskie	Usługa, która polega na bezpośrednim spotkaniu z lekarzem w placówce medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w celu przeprowadzenia konsultacji, badania, diagnostyki lub leczenia, które odbywa się w uzgodnionym z nami wcześniej miejscu i czasie.
świadczenie	Organizacja i pokrycie przez nas kosztów usług związanych ze zdarzeniami objętymi ochroną, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia.
ubezpieczony	Osoba, która w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest w wieku od 18 do 84 lat.  Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym z tytułu umowy podstawowej.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia „Twoje zdrowie” zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
uraz	Uszkodzenie tkanek ciała lub narządów w wyniku działania czynnika zewnętrznego, który – z medycznego punktu widzenia – nie jest chorobą lub czynnikiem chorobotwórczym.

warunki dodatkowego ubezpieczenia

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia „Twoje zdrowie”.

wypadek

Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które spełnia łącznie warunki:

- jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną oraz
- jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz
- jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka, oraz
- nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.

zdarzenie objęte ochroną

Wystąpienie w życiu ubezpieczonego następujących zdarzeń, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia:

- 1) pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego lub
- 2) pogorszenie się stanu zdrowia małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka.

Zdarzenie objęte ochroną musi:

- 1) wynikać z choroby lub wypadku doznanego przez ubezpieczonego lub małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka oraz
- 2) wydarzyć się w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub życie ubezpieczonego w zakresie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, które dotyczy jego małżonka albo partnera lub niepełnoletniego dziecka. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
6. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy:
 - 1) stacjonarne wizyty lekarskie,
 - 2) badania laboratoryjne,
 - 3) badania obrazowe,
 - 4) concierge medyczny.
7. Zakres ochrony zależy od wariantu ubezpieczenia, który wybierasz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Masz do wyboru:
 - 1) wariant indywidualny, w którym zakres ochrony dotyczy wyłącznie ubezpieczonego, albo
 - 2) wariant rodzinny, w którym zakres ochrony dotyczy ubezpieczonego oraz zgłoszonych przez niego osób: jego małżonka albo partnera oraz niepełnoletnich dzieci.



W wariantcie rodzinnym ubezpieczony, oprócz siebie, może zgłosić nie więcej niż 3 osoby spośród wyżej wymienionych.

8. Świadczenia, których organizację zapewniamy w ramach danego wariantu ubezpieczenia oraz przysługujące limity są określone w poniższej tabeli:

Zakres ochrony i limity	Wariant indywidualny	Wariant rodzinny
Concierge medyczny – bez limitu w okresie ubezpieczenia dodatkowego	TAK	TAK
Stacjonarne wizyty lekarskie (podstawowa opieka zdrowotna)	• internista • lekarz rodzinny	• internista • pediatra • lekarz rodzinny
Łączny limit stacjonarnych wizyt lekarskich z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w okresie ubezpieczenia	2	3 (łącznie dla wszystkich zgłoszonych osób)

Zakres ochrony i limity	Wariant indywidualny	Wariant rodzinny
Stacjonarne wizyty lekarskie (specjalistyczna opieka zdrowotna)	• alergolog • chirurg ogólny • dermatolog • diabetolog • endokrynolog • gastrolog • ginekolog • kardiolog • lekarz medycyny podróży • laryngolog • nefrolog • neurolog • onkolog • okulista • ortopeda • pulmonolog • urolog	• alergolog • alergolog dziecięcy • chirurg ogólny • dermatolog • dermatolog dziecięcy • diabetolog • endokrynolog • endokrynolog dziecięcy • gastrolog • gastrolog dziecięcy • ginekolog • ginekolog położnik • kardiolog • lekarz medycyny podróży • lekarz medycyny podróży dziecięcy • laryngolog • laryngolog dziecięcy • nefrolog • neurolog • onkolog • okulista • ortopeda • ortopeda dziecięcy • pulmonolog • pulmonolog dziecięcy • urolog
Łączny limit stacjonarnych wizyt lekarskich z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w okresie ubezpieczenia dodatkowego	1	2 (łącznie dla wszystkich zgłoszonych osób)
Badania obrazowe – łączny limit w okresie ubezpieczenia dodatkowego	• RTG – 1 badanie • USG – 1 badanie	• RTG – 2 badania • USG – 2 badania (łącznie dla wszystkich zgłoszonych osób)
Badania laboratoryjne – łączny limit w okresie ubezpieczenia dodatkowego	pakiet badań – 1 raz	pakiet badań – 3 razy (łącznie dla wszystkich zgłoszonych osób)



Świadczenie

Dla kogo zrealizujemy świadczenie

9. Jeśli wybrałeś wariant indywidualny, to świadczenia dostępne dla tego wariantu zrealizujemy wyłącznie na rzecz ubezpieczonego. Liczba tych świadczeń nie może przekroczyć ustalonych limitów w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Limity świadczeń dostępnych w każdym wariantcie znajdziesz w tabeli w pkt 8.

10. Jeśli wybrałeś wariant rodzinny, to świadczenia dostępne dla tego wariantu zrealizujemy na rzecz ubezpieczonego oraz zgłoszonych przez niego osób. Liczba tych świadczeń nie może przekroczyć ustalonych limitów w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Limity świadczeń w wariantcie rodzinnym jest łączny dla wszystkich zgłoszonych osób.



Realizacja świadczenia

Jak realizujemy świadczenie

11. Świadczenia objęte zakresem ochrony realizujemy za pośrednictwem concierge medycznego.

Numer kontaktowy do concierge medycznego: 22 688 79 90.

12. Aby zrealizować świadczenie, ubezpieczony musi skontaktować się telefonicznie z concierge medycznym i podać dane osoby, na rzecz której mamy zrealizować świadczenie.



Pamiętaj, że koszty działań podejmowanych we własnym zakresie (bez udziału concierge medycznego i w zakresie nieopisanym umową dodatkową) nie są objęte naszą ochroną.

13. Skorzystanie ze świadczeń dostępnych dla wybranego wariantu ubezpieczenia nie wymaga skierowania lekarza.

14. Świadczenia są realizowane w terminach i placówkach medycznych uzgodnionych z ubezpieczonym. Terminy te wynoszą:

- 1) do 2 dni roboczych od kontaktu z concierge medycznym – w przypadku badań laboratoryjnych i obrazowych,
- 2) do 5 dni roboczych od kontaktu z concierge medycznym – w przypadku stacjonarnych wizyt lekarskich.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają odpowiedzialność. Oznacza to, że możemy odmówić realizacji świadczenia, jeżeli zachodzą niżej wymienione okoliczności.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

15. Nie odpowiadamy za przypadki, w których potrzeba zrealizowania świadczenia wynika z:

- 1) działań wojennych,
- 2) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera, lub niepełnoletniego dziecka przestępstwa z winy umyślnej.

16. Nie obejmujemy ochroną i nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:

- 1) wizyt i badań w liczbie przekraczającej limit lub zakres wybranego wariantu ubezpieczenia,
- 2) kosztów innych świadczeń medycznych niż objęte wariantem ubezpieczenia i zrealizowanych w sposób opisany umową dodatkową,
- 3) kosztów leków, środków pomocniczych, itp., nawet jeżeli zalecenie ich stosowania wynika z przeprowadzonych wizyt i badań.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

17. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.

18. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:

- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
- 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

19. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

20. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
21. Umowa dodatkowa jest zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
22. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

23. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
25. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
26. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

27. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

28. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez ubezpieczonego 85 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po 85. urodzinach ubezpieczonego,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 7) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 8) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

29. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

30. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
- 1) wybranego wariantu ubezpieczenia,
 - 2) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego,
 - 3) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę.
31. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

Częstotliwość i termin płatności

32. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

33. Reklamację można do nas złożyć:
- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
przejęcia opłacania składek z tytułu całkowitej
niezdolności ubezpieczającego do pracy**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 4, 5, 6 Świadczenie: pkt. 7, 8, 9, 10, 11, 12 Realizacja świadczenia: pkt. 13, 14
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 6 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 15, 16, 17

Przejęcie opłacania składki w wyniku całkowitej
niezdolności do pracy ubezpieczającego
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
przejęcia opłacania składek z tytułu całkowitej
niezdolności ubezpieczającego do pracy**
POSTN-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	266
Słownik pojęć	266
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	268
Świadczenie	268
Realizacja świadczenia	270
Wyłączenia odpowiedzialności	271
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	272
Odstąpienie od umowy dodatkowej	273
Rozwiązanie umowy dodatkowej	273
Składka za ryzyko	274
Reklamacje	274

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarłeś umowę podstawową, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

całkowita niezdolność do pracy

Stan, w którym spełnione są łącznie następujące warunki:

- 1) w czasie trwania dodatkowego ubezpieczenia całkowicie utraciłeś zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu:
 - a) zdiagnozowanej lub leczonej choroby lub
 - b) wypadku, który był bezpośrednią przyczyną całkowitej utraty przez Ciebie zdolności do pracy,
- 2) Twoja niezdolność do pracy została potwierdzona przez lekarza wyznaczonego przez nas, który ocenił dokumentację medyczną lub przeprowadził badanie,
- 3) lekarz przez nas wyznaczony stwierdził, że Twój stan zdrowia nie rokuje poprawy przez co najmniej 2 lata od momentu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy.



Uprościliśmy procedurę sprawdzania, czy jesteś całkowicie niezdolny do pracy. Jeśli masz orzeczenie od odpowiedniej instytucji (np. ZUS), które potwierdza, że nie możesz pracować przez co najmniej 2 lata, przedstaw je nam.

Pamiętaj, że:

- orzeczenie o niezdolności do pracy musi być wydane po raz pierwszy w czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego,
- w przypadku kilku takich orzeczeń – łączne okresy niezdolności do pracy powinny wynosić co najmniej 2 lata.

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Za chorobę nie uznajemy: ciąży, porodu oraz połogu.

dzień przejścia opłacania składek

Dzień, od którego rozpoczniemy realizację świadczenia. Tym dniem jest termin wymagalności pierwszej nieopłaconej przez Ciebie składki za umowę po wystąpieniu u Ciebie całkowitej niezdolności do pracy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

**okres przejęcia
opłacania składek**

Czas, w którym będziemy realizować przejęcie opłacania składek.

**okres ubezpieczenia
dodatkowego**

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczającego 65 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 65. urodzin ubezpieczającego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 65. urodzin ubezpieczającego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 65. urodzin ubezpieczającego.

**przejęcie opłacania
składek**

Polega na przejęciu przez nas opłacania składek za:

1) umowę podstawową oraz

2) następujące umowy dodatkowe (jeśli je zawarłeś):

- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczającego,



Nie przejmujemy opłacania składek za inne umowy dodatkowe, jeśli je zawarłeś.

**rekreacyjne uprawianie
sportu**

Forma aktywności sportowej wykonywana w wolnym czasie po to, by wypocząć lub odnowić siły psychofizyczne.

składka za ryzyko

Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

świadczenie

Przejęcie przez nas opłacania składek w przypadku wystąpienia u Ciebie całkowitej niezdolności do pracy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

ubezpieczający

Ubezpieczający w umowie podstawowej, który w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest osobą fizyczną w wieku od 18 do 60 lat.



Zawierając umowę dodatkową, jesteś jednocześnie ubezpieczonym w tej umowie.

**umowa dodatkowa
lub ubezpieczenie
dodatkowe**

Umowa dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.

**umowa podstawowa
lub umowa**

Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.

**warunki dodatkowego
ubezpieczenia**

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy.

**wyczynowe
uprawianie sportu**

Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych, które polega na:

- regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, stowarzyszenia, organizacji, sekcji, kół, szkół, szkółek, akademii, ognisk lub zespołów lub
- udziale w zawodach, imprezach, meczach, turniejach, obozach, w tym kondycyjnych lub szkoleniowych.

wypadek

Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które:

- jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz
- jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz
- jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz
- nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.

zawodowe uprawianie sportu

Uprawianie co najmniej jednej z dyscyplin sportowych i otrzymywanie z tego tytułu:

- wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
- stypendium, lub innej równoważnej gratyfikacji za uprawianie określonej dyscypliny sportowej lub za osiągane w tej dziedzinie wyniki.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest Twoje zdrowie. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
5. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u Ciebie całkowitej niezdolności do pracy w wyniku:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie ubezpieczenia dodatkowego albo
 - 2) wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
6. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:
 - 1) od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli Twoja całkowita niezdolność do pracy była spowodowana wypadkiem albo
 - 2) po upływie 90 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli Twoja całkowita niezdolność do pracy była spowodowana chorobą.



Świadczenie

Na czym polega świadczenie i ile trwa przejście opłacania składek

7. Jeśli w okresie ubezpieczenia dodatkowego wystąpi u Ciebie całkowita niezdolność do pracy, przejmujemy opłacanie składek.
8. Rozpoczniemy realizację świadczenia w dniu przejścia opłacania składek.



Zwróć uwagę, że w definicji pojęcia „przejście opłacania składek” wskazaliśmy, że przejmujemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz wymienione tam umowy dodatkowe. Pozostałe umowy dodatkowe, które zawarłeś, się rozwiążą.

9. Okres przejścia opłacania składek za ubezpieczonego w umowie podstawowej trwa do momentu, który wydarzy się wcześniej:
 - 1) skończy się okres ubezpieczenia albo okres podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
 - 2) minie 30 lat okresu przejścia opłacania składek, albo
 - 3) umowa się rozwiąże.
10. Okres przejścia opłacania składek za ryzyko w umowie dodatkowej, za którą przejęliśmy opłacanie składek, trwa do momentu, który wydarzy się wcześniej:
 - 1) ubezpieczony osiągnie maksymalny wiek, do którego może trwać umowa dodatkowa, wskazany w tej umowie dodatkowej, albo
 - 2) skończy się okres przejścia opłacania składek za umowę podstawową, albo
 - 3) umowa dodatkowa się rozwiąże.



Maksymalny wiek ubezpieczonego, o którym mowa powyżej, znajdziesz w definicji okresu ubezpieczenia dodatkowego każdego ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia.

11. W okresie przejścia opłacania składek płacimy składkę za każdą z umów objętych przejściem opłacania składek w wysokości aktualnej na dzień przejścia opłacania składek.
12. Po upływie okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi, za które przejęliśmy opłacanie składek, się rozwiąże.

Przykłady okresów, na jakie przejmujemy opłacanie składek za umowę oraz umowy dodatkowe w zależności od czasu ich trwania.

Przykład nr 1:



Przyjęliśmy, że:

- 1 sierpnia 2025 r. **ubezpieczający zawarł na rzecz swego 45-letniego małżonka umowę podstawową w wariancie na czas określony**, na okres ubezpieczenia równy 40 lat. Wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek, dlatego termin wymagalności składek przypada 1. dnia każdego miesiąca.
- Wraz z umową podstawową ubezpieczający zawarł kilka umów dodatkowych na wypadek: śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy, operacji chirurgicznej, leczenia za granicą oraz przejścia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy.



W dniu 5 maja 2027 r. **ubezpieczający stał się niezdolny do pracy** na okres 5 lat. Ostatnią składkę za umowę opłacił 1 kwietnia 2027 r. i nie zdążył już opłacić kolejnej, wymaganej do 1 maja 2027 r. Po rozpatrzeniu i zaakceptowaniu przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia przejmujemy opłacanie składek. Od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, tj. od 1 maja 2027 r., **przejmujemy opłacanie składek za:**

- umowę podstawową aż do 30 kwietnia 2057 r. (okres przejścia opłacania składek będzie trwał 30 lat umowy, ponieważ 30 lat upłynie wcześniej, niż skończy się 40-letni okres ubezpieczenia). Po zakończeniu okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa się rozwiąże z ostatnim dniem okresu przejścia opłacania składek (tj. 30 kwietnia 2057 r.),
- umowę dodatkową na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego aż do dnia jej rozwiązania. Rozwiązanie nastąpi ze względu na ukończenie przez ubezpieczonego maksymalnego wieku ochrony dla tej umowy dodatkowej, czyli 31 lipca 2050 r.,
- umowę dodatkową na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy aż do dnia jej rozwiązania. Rozwiązanie nastąpi ze względu na ukończenie przez ubezpieczonego maksymalnego wieku ochrony dla tej umowy dodatkowej, czyli 31 lipca 2045 r.



Za pozostałe umowy dodatkowe na wypadek:

- operacji chirurgicznej,
- leczenia za granicą,

nie przejmujemy opłacania składek. W związku z tym te umowy dodatkowe rozwiążą się z dniem przejścia opłacania składek (tj. 1 maja 2027 r.).

Przykład nr 2:



Przyjęliśmy, że:

- 1 lipca 2025 r. **ubezpieczający zawarł na rzecz swego 45-letniego małżonka umowę podstawową w wariancie na całe życie, z okresem podwyższonej sumy ubezpieczenia wynoszącym 20 lat.** Wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek, dlatego termin wymagalności składek przypada 1. dnia każdego miesiąca.
- Wraz z umową podstawową ubezpieczający zawarł kilka umów dodatkowych na wypadek: śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy, operacji chirurgicznej, leczenia za granicą oraz przejścia opłacania składek z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.



W dniu 5 maja 2027 r. **ubezpieczający stał się niezdolny do pracy** na okres 5 lat. Ostatnią składkę za umowę opłacił 1 kwietnia 2027 r. i nie zdążył już opłacić kolejnej, wymaganej do 1 maja 2027 r. Po rozpatrzeniu i zaakceptowaniu przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia przejmujemy opłacanie składek.



Od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, tj. od 1 maja 2027 r., **przejmujemy opłacanie składek za:**

- umowę podstawową aż do 31 lipca 2045 r. r. (okres przejścia opłacania składek będzie trwał 18 lat i 2 miesiące, ponieważ okres podwyższonej sumy ubezpieczenia skończy się wcześniej, niż minie 30 lat). Po zakończeniu okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa się rozwiąże,
- umowę dodatkową na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego aż do dnia jej rozwiązania, tj. 31 lipca 2045 r. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej, niż umowa podstawowa, dlatego rozwiąże się w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
- umowę dodatkową na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy do dnia jej rozwiązania, tj. 31 lipca 2045 r. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej, niż umowa podstawowa, dlatego rozwiąże się w dniu rozwiązania umowy podstawowej.

Za pozostałe umowy dodatkowe na wypadek:

- operacji chirurgicznej,
- leczenia za granicą,

nie przejmujemy opłacania składek. W związku z tym te umowy dodatkowe rozwiążą się z dniem przejścia opłacania składek (tj. 1 maja 2027 r.).



Realizacja świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów zrealizujemy świadczenie

13. Świadczenie zrealizujemy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego
Twoją tożsamość



3) dokumentów medycznych,
które dotyczą przyczyny
powstania Twojej całkowitej
niezdolności do pracy



4) orzeczenia lub orzeczeń
o całkowitej niezdolności do pracy
przez łączny okres co najmniej
2 lat wydanych wobec Ciebie
po raz pierwszy w okresie
ubezpieczenia dodatkowego
przez odpowiednią instytucję
(np. ZUS), jeśli zostały wydane



5) jeśli całkowita niezdolność do pracy powstała
w wyniku wypadku – dokumentów, które
potwierdzają, że Twoja całkowita niezdolność
do pracy była spowodowana wypadkiem:

- karty informacyjnej leczenia szpitalnego (wypis),
- raportu policji, protokołu powypadkowego
oraz danych adresowych jednostki policji
i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności
wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie
czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają
udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz
adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało
Ci pomocy medycznej



6) danych adresowych
placówek medycznych,
w których się leczyłeś

14. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o świadczenie znajduje się na naszej stronie internetowej:

viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie zrealizujemy świadczenia, jeśli Twoja całkowita niezdolność do pracy powstała w wyniku tych okoliczności.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

15. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli Twoja całkowita niezdolność do pracy powstała w wyniku wypadku, który nie miał miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego, lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:
 - 1) działań wojennych,
 - 2) Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
 - 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa z winy umyślnej,
 - 5) próby popełnienia przez Ciebie samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją własną prośbę,
 - 6) pozostawania przez Ciebie pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
 -  **Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:**
 - stężenia we krwi od 0,2‰ albo
 - obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.
 - 7) pozostawania przez Ciebie pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
 -  **Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.**
 - 8) Twojej choroby lub zatrucia się spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem Twojego lotu w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
 - 10) uprawiania przez Ciebie rekreacyjnie, zawodowo lub wyczynowo sportów wysokiego ryzyka,
 -  **Za sporty wysokiego ryzyka uznajemy: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologię, wspinaczkę wysokogórską i skałkową z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, mimo że jego użycie było wymagane, zorbing, sporty walki, udział w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych, regatach żeglarskich.**
 - 11) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku,
 - 12) uszkodzeń Twojego ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie obrażeń odniesionych w wypadku,
 - 13) pełnienia przez Ciebie służby wojskowej w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek innego państwa albo jakiegokolwiek organizacji międzynarodowej, albo pełnienia służby wojskowej w siłach specjalnych lub lotnictwie wojskowym,

- 14) wykonywania przez Ciebie pracy zawodowej:
 - a) w środowisku, w którym występują czynniki szkodliwe (wysoki napięcie, pyły przemysłowe, hałas lub wibracje), lub
 - b) w środowisku, w którym występują czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe lub łatwopalne), lub
 - c) na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią lub prac pod wodą.
16. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku byłeś pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych, jeśli:
 - 1) odmówiłeś ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez Ciebie.
17. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego całkowita niezdolność do pracy powstała u Ciebie w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

18. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
19. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.
20. Może zdarzyć się, że poprosimy o dodatkowe dokumenty lub informacje po to, by właściwie ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. Te dodatkowe informacje mogą dotyczyć w szczególności:
 - 1) Twojego stanu zdrowia, wykonywanego przez Ciebie zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
 - 2) Twojej sytuacji finansowej.
21. Możemy skierować Cię na badania medyczne, za które zapłacimy.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

22. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

23. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
25. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicy umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

26. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
27. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

28. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
30. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
31. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

32. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

33. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – w dniu otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez Ciebie 65 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po Twoich 65. urodzinach,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu Twojej całkowitej niezdolności do pracy (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu innego dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś inną umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) akceptacji przez nas Twojego wniosku o przeniesienie Twoich praw i obowiązków wynikających z umowy podstawowej na inną osobę lub podmiot – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 10) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 10) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

34. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

35. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
- 1) wieku ubezpieczonego,
 - 2) aktualnej wysokości składki za umowę oraz składek za ryzyko w umowach dodatkowych, które obejmuje przejście opłacania składek,
 - 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 4) długości okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia,
 - 5) maksymalnej długości okresu przejścia opłacania składek.
36. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.



Na aktualną wysokość składki za ryzyko mają wpływ: zmiana zakresu ochrony, zmiana sumy ubezpieczenia w umowie, która podlega przejściu opłacania składek, albo indeksacja składki za umowę.

Częstotliwość i termin płatności

37. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

38. Reklamację można do nas złożyć:
- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

**Skorowidz do ogólnych warunków
dodatkowego ubezpieczenia
przejęcia opłacania składek z tytułu
wystąpienia u ubezpieczającego poważnego
zachorowania**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 4, 5, 6 Świadczenie: pkt. 7, 8, 9, 10, 11, 12 Realizacja świadczenia: pkt. 13, 14
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt 6 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 15, 16, 17

Przejęcie opłacania składki w wyniku poważnego zachorowania ubezpieczającego

**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
przejęcia opłacania składek z tytułu
wystąpienia u ubezpieczającego poważnego
zachorowania**

POSPZ-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	278
Słownik pojęć	278
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	280
Świadczenie	280
Realizacja świadczenia	282
Wyłączenia odpowiedzialności	282
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	283
Odstąpienie od umowy dodatkowej	284
Rozwiązanie umowy dodatkowej	284
Składka za ryzyko	285
Reklamacje	285
Definicje poważnych zchorowań	286

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

choroba

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Za chorobę nie uznajemy: ciąży, porodu oraz połogu.

dzień przejścia opłacania składek

Dzień, od którego rozpoczniemy wypłatę świadczenia. Tym dniem jest termin wymagalności pierwszej nieopłaconej przez Ciebie składki za umowę po wystąpieniu u Ciebie poważnego zachorowania w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

okres przejścia opłacania składek

Czas, w którym będziemy realizować przejście opłacania składek.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczającego 70 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczającego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwać nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczającego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 70. urodzin ubezpieczającego.

poważne zachorowanie	1) anemia aplastyczna
	2) ciężkie oparzenia
	3) infekcyjne zapalenie wsierdza
	4) kardiomiopatia
	5) łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia
	6) niewydolność nerek
	7) nowotwór złośliwy
	8) operacja aorty
	9) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
	10) operacja wszczepienia zastawki serca
	11) paraliż
	12) przeszczep narządu
	13) stwardnienie rozsiane
	14) udar mózgu
	15) utrata mowy
	16) utrata słuchu
	17) utrata wzroku
	18) zawał serca

 Definicję każdej z wyżej wymienionych chorób znajdziesz w załączniku do tego dokumentu.

przejęcie opłacania składek	Polega na przejęciu przez nas opłacania składek za: 1) umowę podstawową oraz 2) następujące umowy dodatkowe (jeśli je zawarłeś): • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy, • dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczającego.  Nie przejmamy opłacania składek za inne umowy dodatkowe, jeśli je zawarłeś.
------------------------------------	---

składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
--------------------------	--

świadczenie	Przejęcie przez nas opłacania składek w przypadku wystąpienia u Ciebie poważnego zachorowania w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
--------------------	--

ubezpieczający	Ubezpieczający w umowie podstawowej, który w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest osobą fizyczną w wieku od 18 do 60 lat.  Zawierając umowę dodatkową, jesteś jednocześnie ubezpieczonym w tej umowie.
-----------------------	---

umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
--	--

umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
-----------------------------------	---

warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania.
--	--

wypadek	Przypadkowe i nagłe zdarzenie, które: • jest wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz • jest wywołane przyczyną zewnętrzną, oraz • jest niezależne od woli lub stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz • nie jest zawałem serca, udarem mózgu ani skutkiem żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
----------------	--



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest Twoje zdrowie. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
5. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy wystąpienie u Ciebie poważnego zachorowania. Poważne zachorowanie musi wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
6. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:
 - 1) od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli Twoje poważne zachorowanie było spowodowane wypadkiem albo
 - 2) po upływie 90 dni od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego – jeśli Twoje poważne zachorowanie było spowodowane chorobą.



Świadczenie

Na czym polega świadczenie i ile trwa przejęcie opłacania składek

7. Jeśli w okresie ubezpieczenia dodatkowego wystąpi u Ciebie poważne zachorowanie, przejmujemy opłacanie składek.
8. Rozpoczniemy realizację świadczenia w dniu przejęcia opłacania składek.



Zwróć uwagę, że w definicji pojęcia „przejęcie opłacania składek” wskazaliśmy, że przejmujemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz wymienione tam umowy dodatkowe. Pozostałe umowy dodatkowe, które zawarłeś, się rozwiążą.

9. Okres przejęcia opłacania składek za ubezpieczonego w umowie podstawowej trwa do momentu, który wydarzy się wcześniej:
 - 1) skończy się okres ubezpieczenia albo okres podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
 - 2) minie 30 lat okresu przejęcia opłacania składek, albo
 - 3) umowa się rozwiąże.
10. Okres przejęcia opłacania składek za ryzyko w umowie dodatkowej, za którą przejęliśmy opłacanie składek, trwa do momentu, który wydarzy się wcześniej:
 - 1) ubezpieczony osiągnie maksymalny wiek, do którego może trwać umowa dodatkowa, wskazany w tej umowie dodatkowej, albo
 - 2) skończy się okres przejęcia opłacania składek za umowę podstawową, albo
 - 3) umowa dodatkowa się rozwiąże.



Maksymalny wiek ubezpieczonego, o którym mowa powyżej, znajdziesz w definicji okresu ubezpieczenia dodatkowego każdego ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia.

11. W okresie przejęcia opłacania składek płacimy składkę za każdą z umów objętych przejęciem opłacania składek w wysokości aktualnej na dzień przejęcia opłacania składek.
12. Po upływie okresu przejęcia opłacania składek umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi, za które przejęliśmy opłacanie składek, się rozwiąże.

Przykłady okresów, na jakie przejmujemy opłacanie składek za umowę oraz umowy dodatkowe w zależności od czasu ich trwania.

Przykład nr 1:



Przyjęliśmy, że:

- 1 sierpnia 2025 r. **ubezpieczający zawarł na rzecz swego 45-letniego małżonka umowę podstawową w wariantcie na czas określony**, na okres ubezpieczenia równy 40 lat. Wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek, dlatego termin wymagalności składek przypada 1. dnia każdego miesiąca.
- Wraz z umową podstawową ubezpieczający zawarł kilka umów dodatkowych na wypadek: śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy, operacji chirurgicznej, leczenia za granicą oraz przejęcia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania.



W dniu 5 maja 2027 r. **ubezpieczający miał zawał serca**. Ostatnią składkę za umowę opłacił 1 kwietnia 2027 r. i nie zdążył już opłacić kolejnej, wymaganej do 1 maja 2027 r. Po rozpatrzeniu i zaakceptowaniu przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia przejmemy opłacanie składek. Od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, tj. od 1 maja 2027 r., przejmemy opłacanie składek za:

- umowę podstawową aż do 30 kwietnia 2057 r. (okres przejścia opłacania składek będzie trwał 30 lat, ponieważ 30 lat upłynie wcześniej, niż skończy się 40-letni okres ubezpieczenia). Po zakończeniu okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa się rozwiąże z ostatnim dniem okresu przejścia opłacania składek (tj. 30 kwietnia 2057 r.),
- umowę dodatkową na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego aż do dnia jej rozwiązania. Rozwiązanie nastąpi ze względu na ukończenie przez ubezpieczonego maksymalnego wieku ochrony dla tej umowy dodatkowej, czyli 31 lipca 2050 r.,
- umowę dodatkową na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy aż do dnia jej rozwiązania. Rozwiązanie nastąpi ze względu na ukończenie przez ubezpieczonego maksymalnego wieku ochrony dla tej umowy dodatkowej, czyli 31 lipca 2045 r.

Za pozostałe umowy dodatkowe na wypadek:

- operacji chirurgicznej,
- leczenia za granicą,

nie przejmemy opłacania składek. W związku z tym te umowy dodatkowe rozwiążą się z dniem przejścia opłacania składek (tj. 1 maja 2027 r.).



Przykład nr 2:



Przyjęliśmy, że:

- 1 lipca 2025 r. **ubezpieczający zawarł na rzecz swego 45-letniego małżonka umowę podstawową w wariantcie na całe życie, z okresem podwyższonej sumy ubezpieczenia wynoszącym 20 lat.** Wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek, dlatego termin wymagalności składek przypada 1. dnia każdego miesiąca.
- Wraz z umową podstawową ubezpieczający zawarł kilka umów dodatkowych na wypadek: śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy, operacji chirurgicznej, leczenia za granicą oraz przejścia opłacania składek z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania.

W dniu 5 maja 2027 r. **ubezpieczający miał zawał serca**. Ostatnią składkę za umowę opłacił 1 kwietnia 2027 r. i nie zdążył już opłacić kolejnej, wymaganej do 1 maja 2027 r. Po rozpatrzeniu i zaakceptowaniu przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia przejmemy opłacanie składek. Od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, tj. od 1 maja 2027 r., przejmemy opłacanie składek za:

- umowę podstawową aż do 31 lipca 2045 r. r. (okres przejścia opłacania składek będzie trwał 18 lat i 2 miesiące, ponieważ okres podwyższonej sumy ubezpieczenia skończy się wcześniej, niż minie 30 lat). Po zakończeniu okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa się rozwiąże,
- umowę dodatkową na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego aż do dnia jej rozwiązania, tj. do 31 lipca 2045 r. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej, niż umowa podstawowa, dlatego rozwiąże się w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
- umowę dodatkową na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy do dnia jej rozwiązania, tj. do 31 lipca 2045 r. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej, niż umowa podstawowa, dlatego rozwiąże się w dniu rozwiązania umowy podstawowej.

Za pozostałe umowy dodatkowe na wypadek:

- operacji chirurgicznej,
- leczenia za granicą,

nie przejmemy opłacania składek. W związku z tym te umowy dodatkowe rozwiążą się z dniem przejścia opłacania składek (tj. 1 maja 2027 r.).





Realizacja świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów zrealizujemy świadczenie

13. Świadczenie zrealizujemy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego
Twoją tożsamość



3) w zależności od rodzaju poważnego
zachorowania, dokumenty medyczne,
które potwierdzają jego wystąpienie



4) danych adresowych placówek medycznych,
w których byłeś lub jesteś zarejestrowany lub
leczony



Dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest postawienia diagnozy przez lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją poważnego zachorowania wskazaną w słowniku. W przypadku zabiegów chirurgicznych wskazanych jako poważne zachorowanie – dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest dzień przeprowadzenia tego zabiegu operacyjnego.

14. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o świadczenie znajduje się na naszej stronie internetowej:

viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie zrealizujemy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie było skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

15. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło u Ciebie w wyniku:

1) pozostawania przez Ciebie pod wpływem alkoholu, o ile miało to wpływ na wystąpienie poważnego zachorowania,



Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.

2) pozostawania przez Ciebie pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na wystąpienie poważnego zachorowania,



Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 2) Twojej choroby lub zatrucia się spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 3) samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją własną prośbę lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ciebie.
16. Nie ponosimy odpowiedzialności również w przypadku, gdy nie zostały wykonane badania mające na celu ustalenie, czy w trakcie wypadku byłeś pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, jeśli:
- 1) odmówiłeś ich wykonania albo
 - 2) w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o ich spożyciu przez Ciebie.
17. Nie zrealizujemy również świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego wystąpiło u Ciebie poważne zachorowanie w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

18. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
19. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.
20. Może zdarzyć się, że poprosimy o dodatkowe dokumenty lub informacje, po to, by właściwie ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. Te dodatkowe informacje mogą dotyczyć w szczególności:
 - 1) Twojego stanu zdrowia, wykonywanego przez Ciebie zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
 - 2) Twojej sytuacji finansowej.
21. Możemy skierować Cię na badania medyczne, za które zapłacimy.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

22. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

23. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał 1 rok umowy.
25. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

26. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
27. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

28. Najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
 - 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.

30. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej, lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
31. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

32. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

33. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej - z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – w dniu otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 6) ukończenia przez Ciebie 70 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po Twoich 70. urodzinach,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu wystąpienia u Ciebie poważnego zachorowania (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu innego dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś inną umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) akceptacji przez nas Twojego wniosku o przeniesienie Twoich praw i obowiązków wynikających z umowy podstawowej na inną osobę lub podmiot – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 10) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 10) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

34. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

35. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:
- 1) wieku ubezpieczającego,
 - 2) aktualnej wysokości składki za umowę oraz składek za ryzyko w umowach dodatkowych, które obejmuje przejście opłacania składek,
 - 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 4) długości okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia,
 - 5) maksymalnej długości okresu przejścia opłacania składek.
36. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.



Na aktualną wysokość składki za ryzyko mają wpływ: zmiana zakresu ochrony, zmiana sumy ubezpieczenia w umowie, która podlega przejściu opłacania składek, albo indeksacja składki za umowę.

Częstotliwość i termin płatności

37. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

38. Reklamację można do nas złożyć:
- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
 - 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Definicje poważnych zchorowań

Załącznik do warunków dodatkowego ubezpieczenia

1) anemia aplastyczna

Niewydolność szpiku kostnego, która jest jednoznacznie zdiagnozowana przez specjalistę i udokumentowana wynikiem biopsji szpiku kostnego.

Anemia aplastyczna musi:

1. prowadzić do co najmniej 2 z 3 następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości oraz
2. wymagać leczenia co najmniej jedną z metod:
 - a) czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego,
 - b) środki immunosupresyjne,
 - c) przeszczep szpiku kostnego.

 **Za anemią aplastyczną nie uznajemy izolowanej aplazji linii erytropoetycznej.**

2) ciężkie oparzenia

Poparzenie powłok skórnych III stopnia albo poparzenie całej grubości skóry właściwej, które obejmuje ponad 15% powierzchni ciała lub ponad 50% powierzchni głowy.
Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”

 **Reguła dziewiątek to prosty sposób na szybkie oszacowanie, ile procent ciała człowieka zostało poparzone. Używa się jej najczęściej w nagłych wypadkach, np. przez ratowników medycznych. Prosto mówiąc: ciało dzieli się na części, z których każda ma około 9% (lub wielokrotność 9%) całkowitej powierzchni ciała. Oto przykład:**

- głowa – 9%
- każda ręka – 9%
- każda noga – 18% (czyli 2 × 9%)
- tułów z przodu – 18%
- tułów z tyłu – 18%
- krocze – 1%.

3) infekcyjne zapalenie wsierdzia

Zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek serca, komór i przedsionków serca lub śródbłónka dużych naczyń krwionośnych klatki piersiowej, połączeń naczyniowych.

Rozpoznanie infekcyjnego zapalenia wsierdzia musi spełniać 2 kryteria duże lub 1 kryterium duże + 3 kryteria małe lub 5 kryteriów małych wg zmodyfikowanych w 2015 roku przez ESC kryteriów Uniwersytetu Duke’a.

4) kardiomiopatia

Pierwotna choroba mięśnia sercowego obejmująca kardiomiopatię przerostową, rozstrzeniową, restrykcyjną i arytmogenną dysplazję prawej komory, która skutkuje powstaniem niewydolności serca w stopniu co najmniej IV wg klasyfikacji NYHA, trwającej nie krócej niż 90 dni.

 **Nie odpowiadamy za kardiomiopatię:**

- alkoholową,
- będącą wynikiem działania substancji toksycznych lub
- spowodowaną nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, wadami zastawek serca lub wrodzonymi wadami serca.

5) łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia

Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych (kod jednostki: D32 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10) albo nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (kod jednostki: D33 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10), który z medycznego punktu widzenia wymaga usunięcia.

 **Naszą ochroną objęte są również takie przypadki, w których usunięcie nowotworu jest ograniczone lub niemożliwe z uwagi na:**

- ryzyko poważnych powikłań neurologicznych lub
- zły stan zdrowia pacjenta (np. związany ze współistniejącymi chorobami).

W takim przypadku wymagamy potwierdzenia leczenia radioterapią lub farmakoterapią.

Rozpoznanie musi być potwierdzone:

1. diagnozą lekarza onkologa, neurologa lub neurochirurga oraz
2. dokumentacją medyczną, w tym:
 - wynikiem badania neuroobrazowego (tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) lub
 - wynikiem badań histopatologicznych.

6) niewydolność nerek

Stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.



Za niewydolność nerek nie uznajemy się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.

Stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt, charakteryzujący się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki, potwierdzony dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy musi być zdiagnozowany przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

7) nowotwór złośliwy



Za nowotwór złośliwy nie uważa się:

- nowotworu łagodnego,
- nowotworu in situ,
- raka podstawonokórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,
- 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),
- ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia 1A i 1B),
- przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania < 3 wg klasyfikacji Rai,
- raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b, lub T1c) w klasyfikacji TNM,
- nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

8) operacja aorty

Chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na naprawie lub zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft).

Przez aortę rozumiemy łuk aorty, aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia.



Nie obejmujemy ochroną operacji aorty:

- wykonanej na odcinku aorty innym niż piersiowy lub brzuszny

9) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)

Operacja kardiochirurgiczna, polegająca na wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. by-passów), omijających miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej.



Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uznajemy:

- zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- każdego innego, niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu.

10) operacja wszczepienia zastawki serca

Wszczepienie protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.



Za operację wszczepienia zastawki serca nie uznajemy:

- walwulotomii,
- przeznaczeniowego lub przekoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki.

11) paraliż

Trwała, całkowita i nieodwracalna utrata funkcji (0 albo 1 w skali Lovette'a) dwóch lub więcej kończyn.

Kończyna stanowi całość anatomiczną i oznacza:

- w przypadku kończyny górnej – ramię, przedramię i rękę,
- w przypadku kończyny dolnej – udo, podudzie i stopę.

12) przeszczep narządu

Leczenie operacyjne, polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego:

1. wątroby,
2. nerki,
3. trzustki,
4. jelita cienkiego,
5. serca,
6. płuc,
7. szpiku kostnego.

Zabieg powinien być wykonany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku wykonania za granicą – na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.



Za przeszczep narządu nie uważamy przeszczepu:

- narządu sztucznego,
- fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

Przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

Choroba musi spełniać następujące kryteria:

13) **stwardnienie rozsiane**

1. stwierdzone nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 180 dni lub
2. klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej 30 dniową przerwą lub
3. przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod, oraz
4. charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego: wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego i swoiste zmiany demielinizacyjne w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

Nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które są spowodowane wyłącznie przyczynami naczyniowymi związanymi z mózgowym przepływem krwi (krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, zakrzepica żył lub zatok żylnych).

Udar można również rozpoznać, kiedy objawy trwają poniżej 24 godzin, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub pacjent zmarł w 1. dobie od początku objawów.

Diagnoza udaru mózgu musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badaniem neuroobrazowym, potwierdzających świeże zmiany w tkance mózgowej.

14) **udar mózgu**



Za udar mózgu nie uznajemy:

- przejściowych ataków niedokrwiniowych mózgu (TIA), jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie w czasie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwinnego w badaniach neuroobrazowych,
- objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe),
- udaru mózgu zdiagnozowanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- skutków choroby dekompresyjnej,
- uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem,
- uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu).

Całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 365 dni (1 rok).

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych.

15) **utrata mowy**



Nie obejmujemy ochroną przypadków:

- utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, w których osoba fizycznie może mówić, ale nie mówi,
- możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu, potwierdzona przez laryngologa:

- w badaniu audiometrycznym na podstawie którego upośledzenie ostrości słuchu przekracza 80 dB w każdym z uszu lub
- badaniem słuchowych potencjałów wywołanych.

16) **utrata słuchu**



Nie obejmujemy ochroną przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku potwierdzona przez okulistę na podstawie badań, która charakteryzuje się:

- obniżeniem ostrości wzroku poniżej 6/60 (z najlepszą możliwą korekcją optyczną) lub
- koncentrycznym ograniczeniem pola widzenia poniżej 20 stopni w lepszym oku.

17) **utrata wzroku**



Nie obejmujemy ochroną przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

18) zawał serca

1. Martwica mięśnia sercowego, która oznacza wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
 - c) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,
 - d) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,
 - e) wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas koronarografii lub badania sekcyjnego
- lub
2. Zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w czasie do 48 godzin od zabiegu – wzrost stężenia cTn (troponin sercowych) we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) u pacjentów z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Pacjenci ze zwiększonym stężeniem cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, muszą spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn przekraczającego 5-krotnie lub 10-krotnie górną granicę normy oraz wzrostu stężenia cTn o powyżej 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką),
 - b) pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenie cTn jest podwyższone i wzrasta, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych),
 - c) uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywotnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziejowej lub pomostu, zamknięcie albo zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenie krążenia obocznego lub dystalna embolizacja,
 - e) pośmiertne wykazanie skrzepliny związanej z zabiegiem spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką, jeżeli dotyczy stentu.



Za zawał serca nie uznajemy zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 4, 5 Świadczenie: pkt. 6, 7, 8, 9, 10, 11 Realizacja świadczenia: pkt. 12, 13
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 3 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt 14, 15

Przejęcie opłacania składki
w wyniku śmierci ubezpieczającego
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci
ubezpieczającego**
POSZ-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	292
Słownik pojęć	292
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	293
Świadczenie	293
Realizacja świadczenia	295
Wyłączenia odpowiedzialności	296
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	296
Odstąpienie od umowy dodatkowej	297
Rozwiązanie umowy dodatkowej	298
Składka za ryzyko	298
Reklamacje	299

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego uchwałą nr 5/08/2025. Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

dzień przejęcia opłacania składek

Dzień, od którego rozpoczniemy realizację świadczenia. Tym dniem jest termin wymagalności pierwszej nieopłaconej składki za umowę po Twojej śmierci w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

okres przejęcia opłacania składek

Czas, w którym będziemy realizować przejęcie opłacania składek.

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia dodatkowego trwa 5 lat, ale nie dłużej niż do:

- końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
- ukończenia przez ubezpieczającego 85 lat.



Jeśli zawieramy umowę dodatkową po raz pierwszy i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 85. urodzin ubezpieczającego zostało mniej niż 5 lat, to umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy okres ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał nie krócej niż 4 lata i 1 miesiąc.



Jeśli przedłużamy umowę dodatkową i do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 85. urodzin ubezpieczającego zostało mniej niż 5 lat, to okres ubezpieczenia dodatkowego może być krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc. W takim przypadku będzie trwał do końca okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia albo 85. urodzin ubezpieczającego.

przejęcie opłacania składek

Polega na przejęciu przez nas opłacania składek za:

- 1) umowę podstawową oraz
- 2) następujące umowy dodatkowe (jeśli je zawarłeś):
 - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku,
 - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego,

- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku,
- dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy,



Nie przejmujemy opłacania składek za inne umowy dodatkowe, jeśli je zawarłeś.

składka za ryzyko	Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany wpłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.
świadczenie	Przejęcie przez nas opłacania składek w przypadku Twojej śmierci w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
ubezpieczający	Ubezpieczający z tytułu umowy podstawowej, który: • w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest osobą fizyczną w wieku od 18 do 75 lat oraz • zawarł umowę podstawową na rzecz co najmniej jednej osoby. Zawierając umowę dodatkową, jesteś jednocześnie ubezpieczonym w tej umowie.
umowa dodatkowa lub ubezpieczenie dodatkowe	Umowa dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.
umowa podstawowa lub umowa	Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.
warunki dodatkowego ubezpieczenia	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest Twoje życie. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
5. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Twoją śmierć. Twoja śmierć musi nastąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Świadczenie

Na czym polega świadczenie i ile trwa przejęcie opłacania składek

6. Jeśli umrzesz w okresie ubezpieczenia dodatkowego, przejmujemy opłacanie składek.
7. Rozpocznemy realizację świadczenia w dniu przejęcia opłacania składek.



Zwróć uwagę, że w definicji pojęcia „przejęcie opłacania składek” wskazaliśmy, że przejmujemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz wymienione tam umowy dodatkowe. Pozostałe umowy dodatkowe, które zawarłeś, się rozwiążą.

8. Okres przejścia opłacania składek za ubezpieczonego w umowie podstawowej trwa do tego momentu, który wydarzy się wcześniej:
- 1) skończy się okres ubezpieczenia albo okres podwyższonej sumy ubezpieczenia albo
 - 2) minie 30 lat okresu przejścia opłacania składek, albo
 - 3) umowa się rozwiąże.
9. Okres przejścia opłacania składek za ryzyko w umowie dodatkowej, za którą przejęliśmy opłacanie składek, trwa do tego momentu, który wydarzy się wcześniej:
- 1) ubezpieczony osiągnie maksymalny wiek, do którego może trwać umowa dodatkowa, wskazany w tej umowie dodatkowej albo
 - 2) skończy się okres przejścia opłacania składek za umowę podstawową, albo
 - 3) umowa dodatkowa się rozwiąże.



Maksymalny wiek ubezpieczonego, o którym mowa powyżej, znajdziesz w definicji okresu ubezpieczenia dodatkowego każdego ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia.

10. W okresie przejścia opłacania składek płacimy składkę za każdą z umów objętych przejęciem opłacania składek w wysokości aktualnej na dzień przejścia opłacania składek.
11. Po upływie okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi się rozwiąże.

Przykłady okresów, na jakie przejmujemy opłacanie składek za umowę podstawową oraz umowy dodatkowe w zależności od czasu ich trwania.

Przykład nr 1:



Przyjęliśmy, że:

- 1 sierpnia 2025 r. **ubezpieczający zawarł na rzecz swego 45-letniego małżonka umowę podstawową w wariantcie na czas określony**, na okres ubezpieczenia równy 40 lat. Wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek, dlatego termin wymagalności składek przypada 1. dnia każdego miesiąca.
- Wraz z umową podstawową ubezpieczający zawarł kilka umów dodatkowych na wypadek: śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy, operacji chirurgicznej, leczenia za granicą oraz przejścia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego.



Ubezpieczający zmarł w dniu 5 maja 2027 r. Ostatnią składkę za umowę opłacił 1 kwietnia 2027 r. i nie zdążył już opłacić kolejnej, wymaganej do 1 maja 2027 r. Po rozpatrzeniu i zaakceptowaniu przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia przejmujemy opłacanie składek. Od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, tj. od 1 maja 2027 r., **przejmujemy opłacanie składek za:**

- umowę podstawową aż do 30 kwietnia 2057 r. (okres przejścia opłacania składek będzie trwał 30 lat umowy, ponieważ 30 lat upłynie wcześniej, niż skończy się 40-letni okres ubezpieczenia). Po zakończeniu okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa rozwiąże się z ostatnim dniem okresu przejścia opłacania składek (tj. 30 kwietnia 2057 r.),
- umowę dodatkową na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego aż do dnia jej rozwiązania. Rozwiązanie nastąpi ze względu na ukończenie przez ubezpieczonego maksymalnego wieku ochrony dla tej umowy dodatkowej, czyli 31 lipca 2050 r.,
- umowę dodatkową na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy aż do dnia jej rozwiązania. Rozwiązanie nastąpi ze względu na ukończenie przez ubezpieczonego maksymalnego wieku ochrony dla tej umowy dodatkowej, czyli 31 lipca 2045 r.



Za pozostałe umowy dodatkowe na wypadek:

- operacji chirurgicznej,
- leczenia za granicą,

nie przejmujemy opłacania składek. W związku z tym te umowy dodatkowe rozwiążą się z dniem przejścia opłacania składek (tj. 1 maja 2027 r.).



Przyjęliśmy, że:

- 1 lipca 2025 r. **ubezpieczający zawarł na rzecz swego 45-letniego małżonka umowę podstawową w wariantcie na całe życie**, z okresem podwyższonej sumy ubezpieczenia wynoszącym 20 lat. Wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek, dlatego termin wymagalności składek przypada 1. dnia każdego miesiąca.
- Wraz z umową podstawową ubezpieczający zawarł kilka umów dodatkowych na wypadek: śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy, operacji chirurgicznej, leczenia za granicą oraz przejścia opłacania składek z tytułu śmierci ubezpieczającego.



Ubezpieczający umarł w dniu 5 maja 2027 r. Ostatnią składkę za umowę opłacił 1 kwietnia 2027 r. i nie zdążył już opłacić kolejnej, wymaganej do 1 maja 2027 r. Po rozpatrzeniu i zaakceptowaniu przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia przejmemy opłacanie składek. Od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, tj. od 1 maja 2027 r., przejmemy opłacanie składek za:

- umowę podstawową aż do 31 lipca 2045 r. (okres przejścia opłacania składek będzie trwał 18 lat i 2 miesiące, ponieważ okres podwyższonej sumy ubezpieczenia skończy się wcześniej niż minie 30 lat). Po zakończeniu okresu przejścia opłacania składek umowa podstawowa się rozwiąże,
- umowę dodatkową na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego aż do dnia jej rozwiązania, tj. 31 lipca 2045 r. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż umowa podstawowa, dlatego rozwiąże się w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
- umowę dodatkową na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy do dnia jej rozwiązania, tj. 31 lipca 2045 r. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż umowa podstawowa, dlatego rozwiąże się w dniu rozwiązania umowy podstawowej.



Za pozostałe umowy dodatkowe na wypadek:

- operacji chirurgicznej,
- leczenia za granicą,

nie przejmemy opłacania składek. W związku z tym te umowy dodatkowe rozwiążą się z dniem przejścia opłacania składek (tj. 1 maja 2027 r.).



Realizacja świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów zrealizujemy świadczenie

12. Świadczenie zrealizujemy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) wypisu z dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego



3) odpisu skróconego aktu Twojego zgonu



4) dokumentów medycznych, które dotyczą przyczyny Twojej śmierci:

- karty zgonu z podaną przyczyną śmierci,
- danych adresowych placówek medycznych, w których byłś zarejestrowany lub się leczyłeś



5) dokumentów, które potwierdzają, że Twoja śmierć spowodowana była wypadkiem, jeśli wypadek nastąpił:

- raportu policji, protokołu powypadkowego oraz danych adresowych jednostki policji i siedziby prokuratury, które prowadzą czynności wyjaśniające okoliczności wypadku, jeśli takie czynności były prowadzone,
- dokumentów medycznych, które potwierdzają udzielenie pierwszej pomocy medycznej, oraz adresu pogotowia ratunkowego, jeśli udzielało Ci pomocy medycznej

13. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o świadczenie znajduje się na naszej stronie internetowej:

viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja śmierć była skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie zrealizujemy świadczenia

14. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli Twoja śmierć nie miała miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:
- 1) działań wojennych,
 - 2) Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
 - 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa z winy umyślnej,
 - 5) samobójstwa popełnionego przez Ciebie w ciągu 2 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego,
 - 6) pozostawania przez Ciebie pod wpływem alkoholu, jeśli miało to wpływ na wystąpienie śmierci,
-  **Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy sytuację, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:**
- stężenia we krwi od 0,2‰ albo
 - obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg w 1 dm³.
- 7) pozostawania przez Ciebie pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
-  **Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze są zdefiniowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.**
- 8) choroby lub zatrucia się spowodowanych spożywaniem przez Ciebie alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych lub leków, z wyjątkiem tych zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 9) obrażeń Twojego ciała spowodowanych wypadkiem, który miał miejsce przed początkiem okresu ubezpieczenia dodatkowego.
15. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego umrzesz w wyniku okoliczności, o które pyaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

16. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
17. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.

18. Może zdarzyć się, że poprosimy o dodatkowe dokumenty lub informacje po to, by właściwie ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. Te dodatkowe informacje mogą dotyczyć w szczególności:
- 1) Twojego stanu zdrowia, wykonywanego przez Ciebie zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
 - 2) Twojej sytuacji finansowej.
19. Możemy skierować Cię na badania medyczne, za które zapłacimy



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

20. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

21. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeżeli zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym w rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego będzie trwał jeden rok umowy.
23. Jeśli jednak zawrzemy umowę dodatkową w dniu wymagalności składki za umowę przypadającym po rocznicę umowy, to pierwszy rok okresu ubezpieczenia dodatkowego zostanie odpowiednio skrócony i będzie trwał do najbliższej rocznicy umowy.



W ten sposób dostosowujemy rocznicę umowy dodatkowej do rocznicy umowy podstawowej.

24. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
25. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.

Przedłużenie trwania umowy dodatkowej

26. Najpóźniej na trzydzieści dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego prześlemy Ci warunki, na jakich przedłużymy umowę dodatkową, w tym kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego oraz nową wysokość składki za ryzyko w kolejnym okresie ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli nie chcesz przedłużać umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego, poinformuj nas o tym najpóźniej 7 dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego:
- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl), lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
 - 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
 - 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
 - 4) w inny sposób, który wskażemy.
28. Jeśli nie poinformujesz nas, że nie zgadzasz się na przedłużenie umowy dodatkowej lub opłacisz składkę za ryzyko w nowej wysokości, przedłużymy umowę dodatkową na kolejny okres ubezpieczenia dodatkowego.
29. Przedłużenie umowy dodatkowej potwierdzimy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

30. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:
- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

31. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,



Przypadek wskazany w pkt 1) dotyczy sytuacji, kiedy nie przedłużyliśmy trwania umowy dodatkowej.

- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej - w ostatnim dniu miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) wygaśnięcia ochrony z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

- 4) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – w dniu otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 5) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 6) ukończenia przez Ciebie 85 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po Twoich 85. urodzinach,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu Twojej śmierci (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu innego dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z dniem przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś inną umowę dodatkową przejęcia opłacania składek.

- 9) akceptacji przez nas Twojego wniosku o przeniesienie Twoich praw i obowiązków wynikających z umowy podstawowej na inną osobę lub podmiot – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 10) upływu okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia – w ostatnim dniu tego okresu.



Przypadek wskazany w pkt 10) dotyczy sytuacji, kiedy Twoja umowa podstawowa przewiduje okres podwyższonej sumy ubezpieczenia.

32. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

33. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) aktualnej wysokości składki za umowę oraz składek za ryzyko w umowach dodatkowych, które obejmuje przejęcie opłacania składek,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) długości okresu ubezpieczenia albo okresu podwyższonej sumy ubezpieczenia,
- 5) maksymalnej długości okresu przejęcia opłacania składek.

34. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.



Na aktualną wysokość składki za ryzyko mają wpływ zmiana zakresu ochrony i zmiana sumy ubezpieczenia w umowie, która podlega przejęciu opłacania składek albo indeksacja składki za umowę.

Częstotliwość i termin płatności

35. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Reklamacje

36. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Skorowidz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWDU i wskazanie, w których rozdziałach zapisy te się znajdują

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWDU
Przesłanki wypłaty świadczenia	Słownik pojęć: pkt 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego: pkt. 4, 5 Świadczenie: pkt. 10, 11 Wypłata świadczenia: pkt. 18, 19
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Słownik pojęć: pkt 3 Wyłączenia odpowiedzialności: pkt. 20, 21

Śmierć ubezpieczającego
**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia
na wypadek śmierci ubezpieczającego**
ZPH-OWDU-0625

SPIS TREŚCI

Informacje ogólne	302
Słownik pojęć	302
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego	303
Suma ubezpieczenia	303
Świadczenie	303
Uprawnieni do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci	304
Wypłata świadczenia	304
Wyłączenia odpowiedzialności	305
Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	305
Odstąpienie od umowy dodatkowej	306
Rozwiązanie umowy dodatkowej	306
Składka za ryzyko	306
Indeksacja składki za ryzyko	307
Reklamacje	307

Zarząd Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego uchwałą nr 5/08/2025.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego obowiązują od dnia 20 sierpnia 2025 r. w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, która rozszerza ochronę ubezpieczeniową w umowach ubezpieczenia na życie.



Informacje ogólne

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego, zapoznaj się z tym dokumentem.



W tym dokumencie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio, ponieważ chcemy uprościć naszą komunikację (z tego powodu nie różnicujemy płci odbiorcy dokumentów):

- używając zwrotu „Ty”, mamy na myśli osobę, która zawarła umowę (czyli ubezpieczającego),
- używając zwrotu „my”, mamy na myśli Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (czyli ubezpieczyciela).

2. Dla wszystkich nieuregulowanych w tym dokumencie kwestii obowiązują postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Ważne, abyś czytał ten dokument wraz z ogólnymi warunkami Twojej umowy podstawowej.

3. Niektóre pojęcia stosowane przez nas w tym dokumencie mogą różnić się od tych stosowanych potocznie. W poniższym słowniku znajdziesz definicje pojęć, którymi się posługujemy.



Jeśli pojęcie używane w tym dokumencie nie zostało zdefiniowane w słowniku, to oznacza, że zachowuje znaczenie, jakie nadaliśmy mu w ogólnych warunkach ubezpieczenia do umowy podstawowej, do której zawierasz umowę dodatkową.



Słownik pojęć

Co oznaczają pojęcia używane w tym dokumencie

okres ubezpieczenia dodatkowego

Okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na rzecz ubezpieczającego. Okres ubezpieczenia dodatkowego równy jest okresowi ubezpieczenia albo okresowi podwyższonej sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej.



Okres ubezpieczenia dodatkowego może trwać maksymalnie do 85. roku życia ubezpieczającego.

składka za ryzyko

Kwota, która wynika z umowy dodatkowej i którą jesteś zobowiązany opłacać w wysokości i terminach wskazanych w polisie. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

suma ubezpieczenia

Kwota, która służy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

świadczenie

Kwota, którą wypłacamy w przypadku śmierci ubezpieczającego.

ubezpieczający

Ubezpieczający z tytułu umowy podstawowej, który:

- w dniu podpisania wniosku o dodatkowe ubezpieczenie jest osobą fizyczną w wieku od 18 do 75 lat oraz
- nie jest jednocześnie ubezpieczonym w umowie podstawowej.



Zawierając umowę dodatkową, jesteś jednocześnie ubezpieczonym w tej umowie.

**umowa dodatkowa
lub ubezpieczenie
dodatkowe**

Umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego zawarta między Tobą a nami na podstawie warunków dodatkowego ubezpieczenia.

**umowa podstawowa
lub umowa**

Umowa ubezpieczenia na życie, do której zawierasz tę umowę dodatkową.

**warunki dodatkowego
ubezpieczenia**

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego.



Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Przedmiotem naszego ubezpieczenia dodatkowego jest Twoje życie. Informacje potwierdzające zakres ochrony znajdziesz w polisie.
5. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Twoją śmierć. Śmierć musi wystąpić w okresie ubezpieczenia dodatkowego.



Suma ubezpieczenia

Wysokość

6. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie. Informacje o wysokości sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
7. Możesz złożyć wniosek o:
 - 1) podwyższenie sumy ubezpieczenia – w każdym czasie,
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia – po upływie pierwszych 5 lat okresu ubezpieczenia dodatkowego.



Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia możemy poprosić ubezpieczonego o dokumenty lub informacje o tym, jaki jest jego stan zdrowia, wykonywany przez niego zawód, jakie uprawia sporty i hobby. Te informacje są nam potrzebne, aby prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

8. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę wysokości składki za ryzyko.
9. Nowe wartości sumy ubezpieczenia i składki za ryzyko będą obowiązywały od pierwszego po zmianie terminu wymagalności składki za umowę, pod warunkiem że:
 - 1) wyrazimy zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) nie będzie zaległości w opłacie składki za umowę,
 - 3) zapłacisz składkę za umowę w nowej wysokości.



Świadczenie

Ile wynosi i komu wypłacimy świadczenie

10. Jeśli umrzesz w okresie ubezpieczenia dodatkowego, wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Twojej śmierci.
11. Świadczenie wypłacimy uposażonemu albo uposażonemu zastępczemu, albo innej osobie uprawnionej.



Uprawnieni do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci

Uposażony i uposażony zastępczy

12. Możesz wskazać uposażonego lub uposażonego zastępczego we wniosku o dodatkowe ubezpieczenie lub w dowolnym czasie jego trwania. Możesz też w każdym czasie odwołać wskazanie lub zmienić uposażonego lub uposażonego zastępczego.



Możesz wskazać więcej niż jednego uposażonego lub uposażonego zastępczego. Musisz wtedy określić dla każdego z nich, jaką część świadczenia (podając określony procent) otrzymają w przypadku Twojej śmierci.

13. Oświadczenie o wskazaniu, odwołaniu albo zmianie uposażonego lub uposażonego zastępczego możesz nam złożyć na różne sposoby:

- 1) pisemnie, korzystając z przygotowanych przez nas formularzy (np. na stronie www.viennalife.pl) lub pisemnie bez skorzystania z formularza albo
- 2) telefonicznie, jeśli zgodzimy się na taką formę, albo
- 3) przez aplikację internetową, jeśli przewidujemy taką możliwość, albo
- 4) w inny sposób, który wskażemy.

14. Uposażony zastępczy otrzyma świadczenie tylko w przypadku, jeżeli wszyscy wskazani uposażeni nie będą mogli otrzymać świadczenia.



Na przykład, gdy niektórzy z nich utracili prawo do wypłaty świadczenia, nie żyją albo nie istnieją (np. firma wskazana jako uposażony zaprzestała działalności).

15. Jeżeli w chwili Twojej śmierci którykolwiek z uposażonych nie żyje, nie istnieje albo utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia podzielimy proporcjonalnie między pozostałych uposażonych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku uposażonych zastępczych.

Inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia

16. Jeżeli nie wyznaczyłeś uposażonego ani uposażonego zastępczego lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni uposażeni oraz uposażeni zastępczy nie żyją, nie istnieją albo utracili prawo do świadczenia, to świadczenie wypłacimy w następującej kolejności:

- 1) Twojemu małżonkowi (w całości),
- 2) Twoim dzieciom (w równych częściach),
- 3) Twoim wnukom (w równych częściach),
- 4) Twoim rodzicom (w równych częściach),
- 5) Twojemu rodzeństwu (w równych częściach),
- 6) dzieciom Twojego rodzeństwa (w równych częściach),
- 7) innym spadkobiercom (w równych częściach).



Każda z wymienionych grup ma prawo do świadczenia pod warunkiem, że poprzedzającym je grupom nie przysługuje do niego prawo.

17. Uposażony albo uposażony zastępczy, który umyślnie przyczynił się do Twojej śmierci, traci prawo do świadczenia.



Wypłata świadczenia

Na podstawie jakich dokumentów wypłacimy świadczenie

18. Świadczenie wypłacimy na podstawie i po analizie:



1) wniosku o wypłatę



2) kopii dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek



3) odpisu skróconego aktu Twojego zgonu



4) dokumentów informujących o przyczynie śmierci:

- karty zgonu z podaną przyczyną Twojej śmierci,
- adresy placówek medycznych, w których byłeś zarejestrowany lub leczony

19. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.

Zasady i termin wypłaty świadczenia znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Wniosek o wypłatę znajduje się na naszej stronie internetowej: viennalife.pl

Można go dostarczyć wraz z innymi dokumentami, wysyłając:

- mailem na adres: roszczenia.hi@viennalife.pl,
- listem na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa.



Wyłączenia odpowiedzialności



Niektóre okoliczności wyłączają naszą odpowiedzialność. Oznacza to, że nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja śmierć była skutkiem tych okoliczności.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

20. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja śmierć nie miała miejsca w okresie ubezpieczenia dodatkowego lub została spowodowana albo nastąpiła w wyniku:
- 1) działań wojennych,
 - 2) Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, zamieszkach lub rozruchach,
 - 3) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 5) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia dodatkowego,
21. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli w ciągu 3 lat od początku okresu ubezpieczenia dodatkowego Twoja śmierć wystąpiła w wyniku okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy dodatkowej, a które zostały podane nieprawdziwie lub zatajone.



Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

Na podstawie jakich dokumentów i kiedy możemy zawrzeć umowę dodatkową

22. Umowę dodatkową zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku o dodatkowe ubezpieczenie.
23. Nie zawrzemy z Tobą umowy dodatkowej, jeżeli jesteś ubezpieczonym w umowie podstawowej.
24. Umowę dodatkową możemy zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) w dniu wymagalności najbliższej składki za umowę, jeśli zawarłeś już umowę podstawową.



Dla zawarcia umowy dodatkowej obowiązują te same zasady, co dla zawarcia Twojej umowy podstawowej.

25. Może zdarzyć się, że poprosimy o dodatkowe informacje lub dokumenty po to, by właściwie ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. Te dodatkowe informacje mogą dotyczyć:
- 1) Twojego stanu zdrowia, wykonywanego przez Ciebie zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
 - 2) Twojej sytuacji finansowej.
26. Możemy skierować Cię na badania medyczne, za które zapłacimy.
27. Zawarcie umowy dodatkowej potwierdzamy polisą.

Czas trwania umowy dodatkowej

28. Umowę dodatkową zawieramy na czas określony równy okresowi ubezpieczenia dodatkowego.
29. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem początku okresu ubezpieczenia dodatkowego.
30. Dzień początku oraz okres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie.



Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do kiedy możesz odstąpić od zawartej z nami umowy dodatkowej

31. Możesz odstąpić od zawartej umowy dodatkowej, składając nam oświadczenie w terminie:

- 1) 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą,
- 2) 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś osobą fizyczną.



Jeśli chcesz odstąpić od umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy odstąpieniu od umowy podstawowej. Informacje o tym znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.



Rozwiązanie umowy dodatkowej

Przypadki rozwiązania umowy dodatkowej

32. Umowa dodatkowa rozwiąże się w przypadku:

- 1) upływu okresu ubezpieczenia dodatkowego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia dodatkowego, który potwierdzamy w polisie,
- 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej – z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu,
- 3) odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej albo dodatkowej – z dniem otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu,
- 4) rozwiązania umowy podstawowej – w dniu jej rozwiązania,
- 5) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z umowy podstawowej – w dniu tam wskazanym,



Przypadki, w których wygasa ochrona ubezpieczeniowa dla danego ubezpieczonego, znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

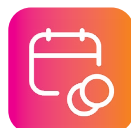
- 6) ukończenia przez Ciebie 85 lat – dzień przed rocznicą umowy, która przypadnie po Twoich 85. urodzinach,
- 7) akceptacji przez nas wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Twojej śmierci (uznaniu roszczenia) – w dniu akceptacji tego wniosku,
- 8) akceptacji przez nas wniosku o zrealizowanie świadczenia z tytułu umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek (uznaniu roszczenia) – z ostatnim dniem okresu przejęcia opłacania składek,



Przypadek wskazany w pkt 8) dotyczy sytuacji, kiedy zawarłeś umowę dodatkową przejęcia opłacania składek z tytułu: wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania lub całkowitej niezdolności ubezpieczającego do pracy.

- 9) akceptacji przez nas Twojego wniosku o przeniesienie Twoich praw i obowiązków wynikających z umowy podstawowej na inną osobę lub podmiot – w dniu akceptacji tego wniosku.

33. Jeśli umowa dodatkowa rozwiąże się, zwrócimy Ci składkę za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



Składka za ryzyko

Wysokość składki za ryzyko

34. Wysokość składki za ryzyko określamy na podstawie:

- 1) wieku ubezpieczonego,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- 4) zadeklarowanej częstotliwości opłacania składki za umowę,
- 5) długości okresu ubezpieczenia dodatkowego.



W trakcie trwania umowy dodatkowej wysokość składki za ryzyko może się zmieniać, jeśli podwyższysz/obniżysz sumę ubezpieczenia lub nastąpi indeksacja składki za ryzyko.

35. Wysokość składki za ryzyko potwierdzamy w polisie.

36. Składkę za ryzyko opłacasz jednocześnie ze składką za umowę podstawową w terminie i wysokości wskazanych w polisie.



Indeksacja składki za ryzyko

37. Propozycję indeksacji składki za ryzyko prześlemy Ci wraz z propozycją indeksacji składki za Twoją umowę podstawową. Nastąpi to najpóźniej 30 dni przed rocznicą Twojej umowy podstawowej.



Indeksacja składki za ryzyko odbywa się na tych samych zasadach, co indeksacja Twojej umowy podstawowej.



Reklamacje

38. Reklamację można do nas złożyć:

- 1) na piśmie – wysyłając na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, przesyłkę pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego albo nadając ją w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
- 2) na adres do doręczeń elektronicznych – po wpisaniu go do bazy adresów elektronicznych,
- 3) pocztą elektroniczną – wysyłając mail na adres: reklamacje@viennalife.pl,
- 4) osobiście – w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
- 5) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: +48 22 460 22 22.



Jeśli chcesz złożyć reklamację, która dotyczy umowy dodatkowej, postępuj tak samo jak przy składaniu reklamacji dotyczącej umowy podstawowej. Informacje o procesie reklamacyjnym i rozwiązywaniu sporów znajdziesz w warunkach ubezpieczenia dla Twojej umowy podstawowej.

Pakiet WSPARCIE+

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group

Produkt: **Pakiet WSPARCIE+**

Kraj rejestracji: **Polska**

Zezwolenie Ministra Finansów z 12 lutego 1990, DMU-006-10-90

Pełne informacje podawane przed zawarciem / przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz informacje dotyczące umowy są podane w innych dokumentach.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Produkt obejmuje ubezpieczenia z grupy 2 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i jest przeznaczony dla osób objętych ochroną z tytułu umowy dodatkowej na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku oferowanej przez Vienna Life TU na Życie S.A. do ubezpieczeń na życie z grupy 1-5 działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje organizację i pokrycie kosztów leczenia następstw wypadków i Środków Pomocniczych,

✓ Organizacja i pokrycie kosztów usług i procedur medycznych dotyczy 25 świadczeń na zdarzenie, wybranych spośród następujących świadczeń:

- 1) konsultacje lekarzy specjalistów (chirurg; okulista; otolaryngolog; ortopeda; kardiolog; neurolog; pulmonolog; lekarz rehabilitacji; neurochirurg; psycholog),
- 2) badania i zabiegi: zabiegi ambulatoryjne, badania laboratoryjne, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania radiologiczne, badania ultrasonograficzne oraz rehabilitacja,
- 3) pomoc opiekuńcza: opieka pielęgnarska, sprzęt rehabilitacyjny, transport do placówki medycznej, transport pomiędzy placówkami medycznymi, transport z placówki medycznej, transport na komisję lekarską oraz transport powrotny, transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny, dostarczenie lekarstw oraz pomoc domowa po hospitalizacji,
- 4) powrót do zdrowia: organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium, dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala, opieka nad dziećmi lub osobami starszymi lub niesamodzielnymi, osobisty trener fitness, organizacja procesu dostosowania społecznego po wypadku.

✓ Pokrycie kosztów środków pomocniczych do wyczerpania sumy ubezpieczenia.

✓ Świadczenia informacyjne w postaci telefonicznej informacji medycznej i infolinii szpitalnej oraz przekazanie informacji (które nie wchodzi w limit świadczeń).

✓ W ubezpieczeniu kosztów leczenia następstw wypadków procedury medyczne organizowane i przeprowadzane są wyłącznie w placówkach współpracujących z asystorem występującym jako partner Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Compensa).



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

✗ Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:

- 1) organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym,
- 2) pokrycie kosztów leczenia związane z udzieleniem Pierwszej Pomocy Medycznej, bezpośrednio po zdarzeniu,
- 3) pokrycie kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgnarskiej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! Compensa TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione albo opóźnione z powodu:

- 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
- 2) niezapowiedzianych strajków, niepokojów społecznych, ataków terroru, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w przemieszczaniu się, wprowadzonych przepisami prawa lub decyzjami władz publicznych, mogących uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców Compensa TU S.A.,
- 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, względnie do Miejsca Zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie – z przyczyn nieleżących po stronie Compensa TU S.A. ani usługodawców Compensa TU S.A.

! W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Compensa TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia mające związek z niewyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody.

! Z odpowiedzialności Compensa TU S.A. wyłączone są zdarzenia będące następstwem:

- 1) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane,
- 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne,
- 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu,
- 4) wykonywania przez Ubezpieczonego zadań kaskaderskich, uprawiania sportów motorowych, w szczególności związanych z udziałem w zawodach, treningach, jazdach próbnych i testowych,
- 5) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- 6) udziału Ubezpieczonego w treningach, zgrupowaniach lub zawodach związanych ze sportami i sztukami walki,
- 7) zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami,
- 8) wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle,
- 9) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających,
- 10) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

Realizacja świadczeń związanych z kosztami leczenia następstw wypadków oraz zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych następuje pod warunkiem, że wystąpiły one w ciągu 24 miesięcy od daty wypadku.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa wypadków zaistniałych na terytorium Polski i poza jej granicami, z zastrzeżeniem, że organizacja i pokrycie kosztów usług świadczonych na rzecz Ubezpieczonych oraz zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych dotyczy tylko terytorium Polski.



Co należy do obowiązków Ubezpieczającego i Ubezpiezonego?

W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) zawiadomić Compensa TU S.A. o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, dzwoniąc pod numer wskazany w dokumencie przystąpienia do Umowy Grupowej,
- 2) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

- Składka z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej to kwota, którą należy wpłacać regularnie, przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia, w terminach i wysokości wskazanej w potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia.
- Składka z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej finansowana jest przez Ubezpiezonego, w imieniu którego czynności związane z jej zapłatą dokonuje Ubezpieczający.
- Wysokość składki z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej jest obliczana przez Compensa TU S.A. w stosunku do Ubezpiezonego, za czas trwania jego odpowiedzialności z tytułu Umowy Grupowej, na podstawie aktualnie obowiązującej w Compensa TU S.A. taryfy.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Umowa Grupowa jest zawarta na czas nieokreślony.
- Okres Ubezpieczenia wskazany jest w potwierdzeniu przystąpienia do Umowy Grupowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Grupowej trwa przez okres, przez jaki Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpiezonego ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku:
 - 1) wraz z upływem ostatniego dnia w okresie wypowiedzenia Umowy Grupowej przez Compensa TU S.A. albo Ubezpieczającego,
 - 2) wraz z upływem dnia w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowej,
 - 3) z chwilą wystąpienia przez Ubezpiezonego z Umowy Grupowej,
 - 4) w dniu śmierci Ubezpiezonego,
 - 5) z upływem dnia wskazanego w wezwaniu do zapłaty zaległej składki.



Jak rozwiązać umowę?

Oświadczenie dotyczące rozwiązania umowy powinno być sporządzone na piśmie w formie dokumentowej albo elektronicznej i dostarczone do Compensa.

Skorowidz do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia

Pakiet WSPARCIE+

Grupowe Ubezpieczenie

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia.
Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWU i wskazanie, w których paragrafach zapisy te się znajdują.

Rodzaj informacji		Numer jednostki redakcyjnej OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Postanowienia ogólne/ Umowa Grupowa	§ 3, § 6, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Organizacja i pokrycie kosztów leczenia następstw Wypadków	§ 8, § 9, § 11, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Pokrycie kosztów Środków Pomocniczych	§ 8, § 9, § 11, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Postanowienia ogólne/ Umowa Grupowa	§ 3 ust. 4 – 5 oraz ust. 7, § 5, § 6, § 11 ust. 3, 6, § 13 ust. 2, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Organizacja i pokrycie kosztów leczenia następstw Wypadków	§ 8 ust. 2 – 3 oraz ust. 6, § 10, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Pokrycie kosztów Środków Pomocniczych	§ 8 ust. 2 – 3, § 9 ust. 20, § 10, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia

WSP-OWU-0625

Pakiet WSPARCIE+ Grupowe Ubezpieczenie

SPIS TREŚCI

§ 1. Postanowienia ogólne	312
§ 2. Definicje	312
Umowa grupowa	313
§ 3. Zakres Ubezpieczenia	313
§ 4. Okres trwania Umowy	313
§ 5. Okres Ubezpieczenia	313
§ 6. Przystąpienie i wystąpienie z Umowy Grupowej	314
§ 7. Składka z tytułu Umowy Grupowej	314
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia następstw wypadków	314
§ 8. Zakres ubezpieczenia	314
§ 9. Rodzaje Świadczeń	316
§ 10. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Compensy	319
§ 11. Realizacja Świadczenia	320
Postanowienia końcowe	321
§ 12. Reklamacje	321
§ 13. Pozostałe postanowienia umowne	321

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet WSPARCIE+” (OWU) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) świadczy ochronę ubezpieczeniową dla osób przystępujących do Umowy Grupowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Compensa a Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.

§ 2. Definicje

Niektóre zwroty używane w OWU są pisane wielką literą. Są one zdefiniowane, ponieważ mają szczególne znaczenie dla Umowy Grupowej lub ich treść odbiega od języka potocznego. Dla ułatwienia zostały one podzielone na grupy tematyczne.

Jeżeli zapoznasz się z nimi, będzie Ci łatwiej zrozumieć całą treść OWU.

2. We wszelkich dokumentach związanych z przystąpieniem i wykonywaniem Umowy Grupowej, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

UMOWA GRUPOWA

1) Umowa Dodatkowa	umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, w której osobą ubezpieczoną jest Ubezpieczony z tytułu Umowy Grupowej.
2) Umowa Grupowa	umowa grupowego ubezpieczenia zawarta między Compensą a Vienna Life TU na Życie S.A., do której przystąpić mogą jedynie osoby pełniące rolę Ubezpieczonego w ramach Umowy Dodatkowej.
3) Okres Ubezpieczenia	okres liczony w Latach Polisy, rozpoczynający się w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej, a kończący się w dniu jej rozwiązania.
4) Rocznica Polisy	dzień odpowiadający dniowi początku Okresu Ubezpieczenia w kolejnych Latach Polisy, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się ostatni dzień lutego każdego następnego Roku Polisy.
5) Rok Polisy	okres roczny między kolejnymi Rocznicami Polisy; pierwszy Rok Polisy rozpoczyna się w dniu początku Okresu Ubezpieczenia, a kolejne Lata Polisy rozpoczynają się w Rocznicę Polisy.
6) Ubezpieczyciel	Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group.
7) Ubezpieczający	Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
8) Ubezpieczony	osoba fizyczna, na rachunek której Ubezpieczający zawarł Umowę Grupową.

WYPADEK

9) Wypadek	przypadkowe i nagłe zdarzenie, które jest: wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu albo uszkodzenia ciała, jest wywołane przyczyną zewnętrzną oraz jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego. Za Wypadek nie uznaje się zawału serca, udaru mózgu ani skutków żadnej innej choroby, nawet jeśli wystąpiła nagle.
10) Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Wypadek, zaistniały w Okresie Ubezpieczenia

DEFINICJE ZWIĄZANE Z OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

11) Centrum Alarmowe	jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług będących przedmiotem ubezpieczenia w imieniu Compensy.
12) Lekarz Prowadzący	lekarz placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Wypadku.
13) Lekarz Centrum Alarmowego	osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Alarmowe i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Alarmowego.
14) Miejsce Pobytu	miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony, znajdujące się na terytorium Polski, z wyjątkiem pobytu w placówce medycznej.
15) Miejsce Zamieszkania	miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we wniosku o realizację świadczeń.
16) Pierwsza Pomoc Medyczna	pierwsza porada rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny. Porada ta udzielana jest w ramach dowolnej konsultacji lekarskiej lub pogłębionej diagnostyki, zakończona wydaniem zaleceń co do dalszego postępowania terapeutycznego lub diagnostycznego.
17) Placówka Medyczna	działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej. Za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa.
18) Hospitalizacja	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający co najmniej 24 h, od chwili wpisu do książki głównej do chwili wypisu, przeprowadzany w celu wykonania badań diagnostycznych lub leczenia.

19) Sporty Wysokiego Ryzyka	abseiling (zjazd po linie), alpinizm, alpinizm podziemny, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, bungee, base jumping, downhill MTB, heli-skiing, heli-snowboarding, jazda na rowerze, w tym górskim, po terenie obfitującym w przeszkody (muldy, koleiny skoczne) lub po specjalnie przygotowanych trasach (z wyjątkiem miejskich i turystycznych dróg rowerowych), kiteboarding, kite-skiing, kite-snowboarding, myślistwo, paralotniarstwo, parkour, rugby, spadochroniarstwo, speleologia, sporty lotnicze, sporty motorowodne w ramach sekcji sportowych, szybownictwo, wspinaczka, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska, wyczynowa jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi albo przyrodniczymi, wyprawy w obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 5 500 m. n.p.m.
20) Sprzęt Rehabilitacyjny	sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji
21) Środki Pomocnicze	wyroby medyczne, które są zalecone przez lekarza i niezbędne do tego, żeby wspomagać leczenie prowadzone w związku z Wypadkiem. Mogą to być: gorsety, protezy, ortozy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, okulary i aparaty słuchowe. Szczegółowy wykaz wyrobów medycznych znajduje się w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, obowiązujący w dniu zaistnienia Wypadku.
22) Wyczynowe Uprawianie Sportu	uprawianie dyscyplin sportu w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych oraz udział w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu.



Umowa grupowa

§ 3. Zakres Ubezpieczenia

Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony z tytułu Umowy Dodatkowej.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług określonych w tabeli w § 8 ust. 2, świadczonych na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego, w związku z zajściem Wypadku oraz zwrot kosztów nabycia Środków Pomocniczych wspomagających proces leczenia po Wypadku, realizowany przez Compensę bezpośrednio na rzecz Ubezpieczonego.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest szczegółowo w § 8 - 9 OWU.
4. Uprawnionym do otrzymania świadczenia w związku z zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.
5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Zdarzenia Ubezpieczeniowe, które zaistniały w Okresie Ubezpieczenia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa Wypadków zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) i poza granicami RP, z zastrzeżeniem, że sama organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Alarmowego oraz zwrot kosztów nabycia Środków Pomocniczych dotyczy tylko terytorium RP.
7. Realizacja świadczeń określonych w tabeli w § 8 ust. 2 oraz zwrot kosztów nabycia Środków Pomocniczych następuje pod warunkiem, że zostały one zgłoszone, a koszty nabycia Środków Pomocniczych poniesione w ciągu 24 miesięcy od daty Wypadku.

§ 4. Okres trwania Umowy

1. Umowa Grupowa została zawarta na czas nieokreślony. Compensie i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem sześciomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Grupowej na piśmie w terminie 7. dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Compensy oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

§ 5. Okres Ubezpieczenia

1. Okres Ubezpieczenia wskazany jest w potwierdzeniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do Umowy Grupowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy Grupowej trwa przez okres, przez jaki Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej lub:
 - 1) wraz z upływem ostatniego dnia w okresie wypowiedzenia Umowy Grupowej na podstawie § 4 ust. 1,
 - 2) wraz z upływem dnia w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowej na podstawie § 4 ust. 2,
 - 3) z chwilą wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy Grupowej,
 - 4) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 5) z upływem dnia wskazanego w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w § 7 ust. 3.

§ 6. Przystąpienie i wystąpienie z Umowy Grupowej

1. Przystąpienie do Umowy Grupowej następuje na podstawie deklaracji przystąpienia składanej przez Ubezpieczonego wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej, Ubezpieczony automatycznie występuje z Umowy Grupowej.

§ 7. Składka z tytułu Umowy Grupowej

1. Wysokość składki z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Compensy na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Grupowej.
2. Składka w całości finansowana jest przez Ubezpieczonego na podstawie oświadczenia w deklaracji przystąpienia do Umowy Grupowej. W imieniu Ubezpieczonego czynności związanych z jej zapłatą dokonuje Ubezpieczający.
3. Niezapłacenie przez Ubezpieczającego składki w terminie wskazanym w Umowy Grupowej powoduje wezwanie Ubezpieczającego do zapłaty Składki wraz z pouczeniem, iż brak wpłaty Składki w terminie 14 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Compensy.

Termin opłacania składek z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej uzależniony jest od dnia początku Okresu Ubezpieczenia. Znajdziesz go w polisie potwierdzającej zawarcie Umowy Dodatkowej.

4. Składka z tytułu Umowy Grupowej, należna jest w wysokości i w terminach wskazanych w Polisie potwierdzającej zawarcie Umowy Dodatkowej.



Organizacja i pokrycie kosztów leczenia następstw wypadków

§ 8. Zakres ubezpieczenia

1. W ramach świadczeń wymienionych w tabeli w ust. 2 poniżej, Compensa organizuje usługi i realizuje je za pośrednictwem Centrum Alarmowego w zakresie opisanym w niniejszym paragrafie i pokrywa ich koszty do wysokości nieprzekraczającej wskazanych limitów w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia wymienione w poniższej tabeli w ramach limitów w niej uwzględnionych:

LP	Zakres ubezpieczenia	Limity
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE w następstwie Wypadku		
1	Telefoniczna Informacja Medyczna	bez limitu
2	Infolinia szpitalna	
3	Informacje	
POMOC MEDYCZNA w następstwie Wypadku		
KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW		
4	Chirurg	do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń* do wykorzystania
5	Okulista	
6	Otolaryngolog	
7	Ortopeda	
8	Kardiolog	
9	Neurolog	
10	Pulmonolog	
11	Lekarz rehabilitacji	
12	Neurochirurg	maksymalnie 5 wizyt, które stanowią łącznie 1 świadczenie na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
13	Psycholog	
BADANIA I ZABIEGI (szczegółowo wymienione w § 9 ust. 5 poniżej)		
14	Zabiegi ambulatoryjne	do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń* do wykorzystania
15	Badania laboratoryjne	
16	Tomografia komputerowa (TK)	
17	Rezonans magnetyczny (MRI)	
18	Rentgenografia (RTG)	
19	Ultrasonografia (USG)	

LP	Zakres ubezpieczenia	Limity
20	Rehabilitacja	maksymalnie 20 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
POMOC OPIEKUŃCZA w następstwie Wypadku		
21	Opieka pielęgniarska	maksymalnie 3 wizyty stanowiące łącznie 1 świadczenie na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
22	Sprzęt Rehabilitacyjny	koszt zakupu albo wypożyczenia, maksymalnie 600 zł na Zdarzenie Ubezpieczeniowe; dostarczenie Sprzętu Rehabilitacyjnego - bez limitu
23	Transport do Placówki Medycznej	do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń* do wykorzystania
24	Transport pomiędzy Placówkami Medycznymi	
25	Transport z Placówki Medycznej	
26	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	
27	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	
28	Dostarczenie lekarstw	do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń* do wykorzystania
29	Pomoc domowa po Hospitalizacji	maksymalnie 3 wizyty po 3 godziny każda w ciągu kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
POWRÓT DO ZDROWIA po Wypadku		
30	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium	1 raz w Okresie Ubezpieczenia, maksymalnie do 3 000 zł
31	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	1 raz w Okresie Ubezpieczenia, maksymalnie do 600 zł
32	Opieka nad dziećmi lub osobami starszymi lub niesamodzielnymi	1 raz w Okresie Ubezpieczenia, maksymalnie do 1 400 zł
33	Osobisty trener fitness	10 sesji po 45 min na Zdarzenie Ubezpieczeniowe, 1 raz w Okresie Ubezpieczenia
34	Organizacja procesu dostosowania społecznego po Wypadku	bez limitu
ŚRODKI POMOCNICZE w następstwie Wypadku		
35	Zwrot kosztów nabycia Środków Pomocniczych	do wyczerpania sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie potwierdzającym przystąpienie do Umowy Grupowej

* Maksymalna liczba świadczeń oznacza, że z 35 dostępnych w ramach Umowy Grupowej świadczeń, Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 25 świadczeń z zakresu pomocy medycznej, pomocy opiekuńczej i powrotu do zdrowia, możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

- Świadczenia w ramach organizacji i pokrycia kosztów leczenia w następstwie Wypadku realizowane są po udzieleniu pomocy w ramach Pierwszej Pomocy Medycznej.
- Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowana liczba świadczeń informacyjnych.
- W odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, realizacja któregośkolwiek ze świadczeń z zakresu pomocy medycznej oraz pomocy opiekuńczej pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania, z uwzględnieniem zapisów ust. 6, 7 i 8 poniżej.
- W odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania przez Ubezpieczonego kilkakrotnie z tego samego świadczenia, z wyłączeniem niżej wymienionych świadczeń:
 - rehabilitacja,
 - opieka pielęgniarska,
 - Sprzęt Rehabilitacyjny,
 - konsultacja u psychologa
 - pomoc domowa po Hospitalizacji,
 - organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium,
 - dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala,
 - opieka nad dziećmi lub osobami starszymi lub niesamodzielnymi,
 - osobisty trener fitness,
 które to świadczenia mogą być wykorzystane tylko raz w odniesieniu do danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, jeżeli tak przewiduje opis dla danego świadczenia w tabeli w ust. 2 powyżej.

8. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z OWU przekroczy limit świadczeń wskazany w tabeli nr 1 powyżej, może zostać wykonana przez Centrum Alarmowe, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie kosztów określonych przez Compensa TU S.A. dla określonego świadczenia.
9. Świadczenie „badania laboratoryjne” traktowane jest jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleconych do wykonania badań w związku z wystąpieniem danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 9. Rodzaje Świadczeń

Świadczenia informacyjne

- 1. Telefoniczna Informacja Medyczna** – Centrum Alarmowe zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który według posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji na temat:
 - 1) Placówek Medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe,
 - 2) Placówek Medycznych działających w publicznym systemie ochrony zdrowia,
 - 3) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek leczenia zamkniętego, rekomendowanych przez Centrum Alarmowe,
 - 4) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - 6) placówek handlowych oferujących Sprzęt Rehabilitacyjny.
- 2. Infolinia szpitalna** – Centrum Alarmowe udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium RP szpitali współpracujących z Centrum Alarmowym:
 - 1) dostępności szpitali prywatnych,
 - 2) zakresu świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
 - 3) numerów telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
 - 4) średnich cen usług medycznych w poszczególnych szpitalach.
- 3. Informacje** – poinformowanie Ubezpieczonego:
 - 1) o czym należy pamiętać, wybierając się do szpitala,
 - 2) o czym należy pamiętać, wychodząc ze szpitala,
 - 3) jak się przygotować do zabiegu operacyjnego,
 - 4) o badaniach, których można się spodziewać w czasie Hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
 - 5) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.

Pomoc medyczna:

- 4. Konsultacje lekarzy specjalistów** – w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u specjalistów wymienionych w tabeli przedstawionej w § 8 ust. 2. W uzasadnionych przypadkach weryfikowanych przez Centrum Alarmowe wizyta specjalisty może być zrealizowana w formie wizyty domowej.
- 5. Badania i zabiegi** – w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszt:
 - 1) zabiegów ambulatoryjnych,
 - 2) badań laboratoryjnych,
 - 3) tomografii komputerowej (TK),
 - 4) rezonansu magnetycznego (MRI),
 - 5) rentgenografii (RTG),
 - 6) ultrasonografii (USG),
 - 7) rehabilitacji.

Szczegółowy wykaz badań i zabiegów wskazany został w tabeli poniżej:

ZABIEGI AMBULATORYJNE
AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
1) Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych 2) Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu 3) Usunięcie szwów 4) Zmiana opatrunku 5) Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie – mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg) 6) Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie – średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego) 7) Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie – duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)

AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
1) Usunięcie ciała obcego
AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
1) Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki 2) Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
1) Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców) 2) Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć) 3) Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców) 4) Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć) 5) Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną 6) Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie 7) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny) 8) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia) 9) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunkiem rękawiczkowy) 10) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz) 11) Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna) 12) Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
BADANIA LABORATORYJNE
1) Morfologia krwi obwodowej, kompletna morfologia krwi obwodowej: Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi 2) Morfologia krwi obwodowej, kompletna morfologia krwi obwodowej: Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi – z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów 3) Morfologia krwi obwodowej z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów 4) Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie 5) Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie 6) Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)
REZONANS MAGNETYCZNY (MRI)
RENTGENOGRAFIA (RTG)
ULTRASONOGRAFIA (USG)
REHABILITACJA
1) Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu zwiększać siłę i wytrzymałość, zakres ruchomości i giętkość 2) Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu zwiększać siłę i wytrzymałość, zakres ruchomości i giętkość 3) Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) – jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje 4) Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, trakcja mechaniczna 5) Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów 6) Kinezyotaping 7) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, diatermia 8) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux) 9) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ultrafiolet 10) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ultradźwięki 11) Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, jonoforeza 12) Galwanizacja 13) Elektrostymulacja 14) Tonoliza 15) Prądy diadynamiczne 16) Prądy interferencyjne 17) Prądy Kotza 18) Prądy Tens 19) Prądy Traberta 20) Impulsowe pole magnetyczne 21) Laseroterapia (skaner, punktowo) 22) Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, okłady ciepłe lub zimne (termozele)

Pomoc opiekuńcza:

- Opieka pielęgniarska** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego, Centrum Alarmowe zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza Prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu Pobytu.

7. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do Miejsca Pobytu.
8. **Transport do Placówki Medycznej** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca Pobytu do Placówki Medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego.
9. **Transport pomiędzy Placówkami Medycznymi** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej, która nie jest w pełni dostosowana do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki Medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami Medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony jest skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki Medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki Medycznej, w której jest on leczony.
10. **Transport z Placówki Medycznej** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego wymaga transportu z Placówki Medycznej do Miejsca Zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu wraz z osobą wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.
11. **Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu wraz z osobą wskazaną z Miejsca Zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do Miejsca Zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży zwykłym środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.
12. **Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki Medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca Zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży zwykłym środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.
13. **Dostarczenie leków** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały przepisane leki przez Lekarza Prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznał) nie może on opuszczać Miejsca Zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza Prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z obsługi domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego.
14. **Pomoc domowa po pobycie w szpitalu** – jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej Hospitalizacji - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - konieczne jest zapewnienie pomocy w Miejscu Zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca Zamieszkania, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z obsługi domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:
 - 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - 2) codzienne porządki domowe,
 - 3) dostawa albo przygotowanie posiłków,
 - 4) opieka nad zwierzętami domowymi,
 - 5) podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem obsługi domowej (koszty te pokrywa Ubezpieczony).

Powrót do zdrowia:

15. **Organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium** - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony otrzyma zalecenia medyczne od Lekarza Prowadzącego do dalszej rekonwalescencji w sanatorium, Centrum Alarmowe zorganizuje i opłaci koszty takiego pobytu do limitu wskazanego w tabeli w § 8 ust. 2. Z sanatorium Ubezpieczony może skorzystać tylko jeden raz w Okresie Ubezpieczenia i w ciągu 24 miesięcy od daty Wypadku.
16. **Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala** - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony będzie przebywał w szpitalu i nie będzie miał ze sobą przedmiotów osobistych, potrzebnych do funkcjonowania podczas pobytu w szpitalu, Centrum Alarmowe zorganizuje i opłaci koszty dostarczenia tych przedmiotów do Ubezpieczonego w ramach limitu wskazanego w tabeli w § 8 ust. 2. Dostarczenie do szpitala rzeczy osobistych będzie możliwe, pod warunkiem, że zostaną one udostępnione lub przekazane przedstawicielowi Centrum Alarmowego.
17. **Opieka nad nieletnimi dziećmi albo osobami starszymi lub niesamodzielnymi** - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego będzie wymagał leżenia albo przez co najmniej

5 dni będzie przebywał w szpitalu, Centrum Alarmowe zorganizuje i opłaci do limitu wskazanego w tabeli w § 8 ust. 2 koszty opieki nad dzieckiem bądź dziećmi albo nad osobą starszą lub niesamodzielną. Dotyczy to osób, które mieszkają wspólnie z Ubezpieczonym i są wyłącznie pod jego opieką oraz gdy nie ma żadnej innej osoby dorosłej, która może przejąć nad nimi opiekę. Koszty zostaną pokryte maksymalnie do 7 dni całodobowej opieki.

18. Osobisty trener fitness - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony będzie chciał wrócić do formy fizycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i opłaci do limitu wskazanego w tabeli w § 8 ust. 2 trenera osobistego, który pomoże Ubezpieczonemu wrócić do formy.

19. Organizacja procesu dostosowania społecznego po Wypadku - jeżeli Wypadek spowoduje u Ubezpieczonego trwałą niepełnosprawność i będzie konieczne dostosowanie do życia po tym wypadku, Centrum Alarmowe zapewni:

- 1) informacje o kursach użytkowania wózka inwalidzkiego,
- 2) pomoc w skontaktowaniu się z fundacjami wsparcia, które pomagają w dostosowaniu społecznym,
- 3) pomoc w organizacji Sprzętu Rehabilitacyjnego.

Środki Pomocnicze:

20. Zwrot kosztów nabycia Środków Pomocniczych – zwrot kosztów dotyczy Środków Pomocniczych zastosowanych w leczeniu po Wypadku. Zwrot kosztów następuje w oparciu o przedstawione dowody zakupu, o ile nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego tytułu oraz takie, które zostały poniesione wyłącznie na terytorium RP, w okresie 24 miesięcy od daty Wypadku.

§ 10. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Compensy

1. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione albo opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) niezapowiedzianych strajków, niepokojów społecznych, aktów terroru, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w przemieszczaniu się, wprowadzonych przepisami prawa lub decyzjami władz publicznych, mogących uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców Compensy,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca Zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie – z przyczyn nieleżących po stronie Compensy ani usługodawców Compensy.
2. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Compensa nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia mające związek z niewyrażeniem przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa powyżej.
3. Z odpowiedzialności Compensy wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane,
 - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne,
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu,
 - 4) wykonywania przez Ubezpieczonego zadań kaskaderskich, uprawiania sportów motorowych, w szczególności związanych z udziałem w zawodach, treningach, jazdach próbnych i testowych,
 - 5) Wyczynowego Uprawiania Sportu lub uprawiania Sportów Wysokiego Ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - 6) udziału Ubezpieczonego w treningach, zgrupowaniach lub zawodach związanych ze sportami i sztukami walki,
 - 7) zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami,
 - 8) wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle,
 - 9) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
4. Ponadto Compensa nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) przebieg i skutki organizowanej przez siebie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji,
 - 2) skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Centrum Alarmowego.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem Ubezpieczeniowym.
6. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty leczenia związane z udzieleniem pierwszej pomocy medycznej, bezpośrednio po zdarzeniu.
7. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarstwa.

8. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku świadczenia „dostarczenie lekarstw”, Compensa nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
10. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu Rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
11. Odpowiedzialnością Compensy nie są objęte osoby przewożone w pojeździe w liczbie większej od liczby miejsc określonej w dowodzie rejestracyjnym pojazdu.
12. Compensa stosuje wyłączenie albo ograniczenie swojej odpowiedzialności, jeżeli pomiędzy Zdarzeniem Ubezpieczeniowym a okolicznością wskazaną w postanowieniach dotyczących danego wyłączenia albo ograniczenia odpowiedzialności istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, tj. gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest typowym, normalnym następstwem wspomnianej okoliczności.

§ 11. Realizacja Świadczenia

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednakże niż w terminie 14 dni od daty wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zawiadomić Compensę o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, dzwoniąc pod numer wskazany w dokumencie przystąpienia do Umowy Grupowej, chyba że wskutek wypadku nie mógł tego uczynić – w takiej sytuacji powinien to uczynić w terminie 14. dni od ustąpienia przyczyny niezgłoszenia szkody.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) numer polisy Umowy Dodatkowej,
 - 2) imię, nazwisko, numer pesel osoby ubiegającej się o realizację świadczeń (o ile został nadany),
 - 3) adres Miejsca Zamieszkania osoby ubiegającej się o realizację świadczeń,
 - 4) telefon kontaktowy,
 - 5) krótki opis zaistniałego zdarzenia.
3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1, w terminie w nim wskazanym, Compensa może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu pomocy medycznej, pomocy opiekuńczej lub powrotu do zdrowia w odniesieniu do danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczony albo osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Alarmowym pod wskazany numer telefonu.
5. W celu realizacji świadczeń wymienionych w ust. 4, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest dołączyć kopie:
 - 1) skierowania lub zalecenia Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Wypadku, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań,
 - 3) protokołu policyjnego z miejsca wypadku komunikacyjnego w przypadku, gdy obrażenia ciała powstały w wyniku wypadku komunikacyjnego.Sposób i formę przesłania dokumentów określa Centrum Alarmowe podczas rozmowy z Ubezpieczonym.
6. W celu zwrotu kosztów nabycia Środków Pomocniczych Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić „Wniosek o zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych” udostępniony przez Compensę i przesłać go wraz z rachunkami i dowodami opłaty na adres: refundacjemed@global-assistance.pl.
7. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu opieki medycznej, pomocy opiekuńczej lub powrotu do zdrowia w odniesieniu do danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przekazać do Centrum Alarmowego kopię skierowania lub zalecenia Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
8. W przypadku uznania odpowiedzialności Compensy, czas oczekiwania na realizację świadczeń obsługi medycznej wynosi:
 - 1) do 5. dni roboczych - w przypadku konsultacji lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych - w przypadku pozostałych świadczeń pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej, o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki należących do sieci medycznej Centrum Alarmowego lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
9. W przypadku nieuznania odpowiedzialności, Centrum Alarmowe pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
10. Świadczenia medyczne realizowane są w Placówkach Medycznych należących do sieci medycznej Centrum Alarmowego.
11. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w OWU, pokrywane są przez Centrum Alarmowe bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.



Postanowienia końcowe

§ 12. Reklamacje

1. 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.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 2, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366 i 820), albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (rekomendowany przez COMPENSE jest formularz znajdujący się na stronie www.compensa.pl oraz adres elektroniczny reklamacje@compensa.pl) 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 i 1841), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
 - 2) ustnie – telefonicznie (rekomendowany przez COMPENSE nr telefonu 22 501 61 00) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w ust. 2.
4. Po złożeniu przez klienta reklamacji zgodnie z wymogami, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta 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 – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
6. Ubezpieczyciel udziela klientowi odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli Ubezpieczyciel z uzasadnionej przyczyny nie może udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości jego dotrzymania, możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi (nowy termin nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji).
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz uprawniony z umowy, będący osobą fizyczną, mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, zwłaszcza w przypadku nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji, niewykonania w terminie czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z oczekiwaniami klienta.
8. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z umowy, będącego osobą fizyczną, spór z Ubezpieczycielem można poddać pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej: <https://rf.gov.pl>).
9. Podmioty nieposiadające prawa do złożenia reklamacji mogą złożyć skargę dotyczącą usług świadczonych przez Ubezpieczyciela. Do skargi stosuje się ww. postanowienia dotyczące reklamacji.

§ 13. Pozostałe postanowienia umowne

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Ubezpieczyciel nie jest i nie będzie zobowiązany świadczyć ochrony, nie jest i nie będzie zobowiązany do zapłaty jakiegokolwiek roszczenia, nie wypłaci ani nie zapewni jakiegokolwiek świadczenia, z jakiegokolwiek tytułu lub podstawy, w zakresie, w jakim ich zapewnienie lub dostarczenie naraziłoby Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcję, zakazy, ograniczenia lub inne konsekwencje wynikające lub związane odpowiednio z rezolucjami Organizacji Narodów Zjednoczonych lub regulacjami sankcyjnymi (w tym w szczególności handlowymi, gospodarczymi lub finansowymi), embargami handlowymi lub innymi mającymi charakter sankcji

ekonomicznych, wynikających z przepisów prawa Unii Europejskiej, Polski, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów, a także regulacji wydanych przez inne organizacje międzynarodowe, w zakresie w jakim ma lub będzie mieć to zastosowanie do przedmiotu umowy i przy uwzględnieniu szczególnych przepisów krajowych mających zastosowanie do Ubezpieczyciela.

3. Umowa ubezpieczenia podlega przepisom prawa polskiego.
4. Ubezpieczony nie ma prawa do przenoszenia praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia na podmioty trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Compensy pod rygorem nieważności.
5. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Ubezpieczyciela nr 01/02/2026 z dnia 02.02 2026 r. i wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r.



Ubezpieczenie przygotowane przez Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group



Al. Jerozolimskie 162A
02-342 Warszawa



tel.: +48 22 460 22 22



www.viennalife.pl
kontakt@viennalife.pl

Poznaj nas
lepiej –
zeskanuj
kod QR

