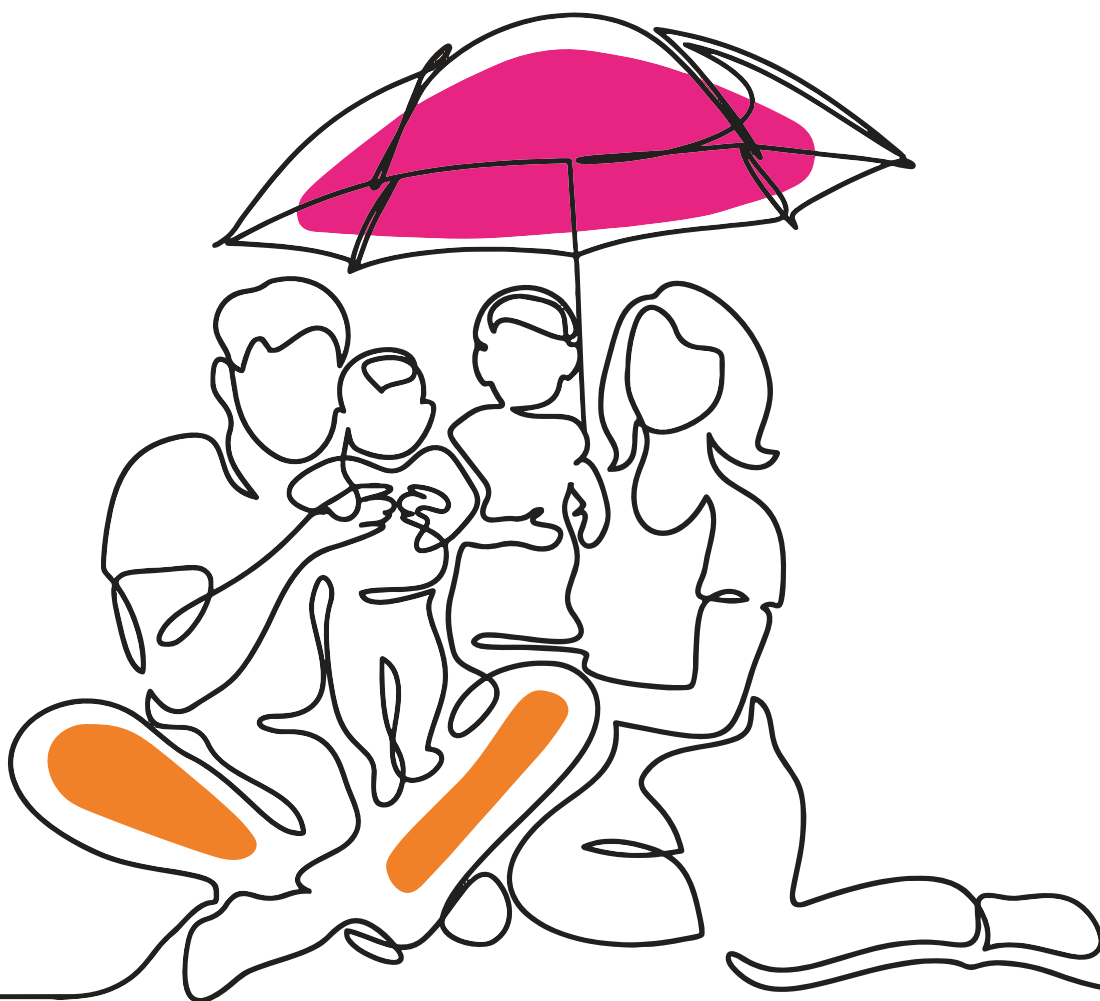




KAPITAŁna GRUPA+

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie

OW-R-KGR-241001



www.viennalife.pl



+48 22 460 22 22

KAPITALna GRUPA+ wraz z Pakietem POMOC+

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie

Umowa ubezpieczenia	Rodzaj dokumentu	Nr strony
KAPITALna GRUPA+	1 Karta produktu KAPITALna GRUPA+	3
	2 Skorowidz do O WU KAPITALna GRUPA+	8
	3 Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie KAPITALna GRUPA+	11
	4 Załącznik nr 1 do O WU - Tabela Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu	41
	5 Załącznik nr 2 do O WU - Tabela Operacji Chirurgicznych	56
Pakiet POMOC+	1 Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym Pakiet POMOC+	62
	2 Skorowidz do O WU Pakiet POMOC+	65
	3 Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Pakiet POMOC+	66

**Karta Produktu
(KP-R-KGR-241001)****KAPITAŁna GRUPA+**
Indywidualne Ubezpieczenie na Życie

W niniejszej Karcie Produktu znajdziesz ogólny opis zasad funkcjonowania Umowy, ale najważniejszym dokumentem określającym Twoje prawa i obowiązki, jako Ubezpieczającego, są Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU).

Ubezpieczający

Jest osobą, która zawiera Umowę i ma obowiązek wpłacać Składki Regularne. Może nią być osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.

Ubezpieczony

Obejmujemy ochroną jego życie lub zdrowie. Możesz nim być Ty albo osoba wskazana przez Ciebie, jako Ubezpieczającego.

Małżonek/Partner, Dziecko, Rodzic lub Rodzic Małżonka/Partnera Ubezpieczonego

Przedmiotem ubezpieczenia mogą być również zdarzenia w życiu Ubezpieczonego dotyczące jego Małżonka/Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera.

I. Główne informacje dotyczące Umowy**Cel i charakter Umowy**

Jest to ubezpieczenie o charakterze ochronnym.

Celem Umowy jest ochrona życia lub zdrowia Ubezpieczonego oraz, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, wymienione w OWU zdarzenia w życiu Ubezpieczonego dotyczące Małżonka/Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera.

Podstawowe parametry Umowy

1. Umowa może być zawarta wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który ma ukończone 18 lat oraz, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, nie ma ukończonych 55 lat, 65 lat, albo 79 lat.
2. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 80. roku życia Umowa może być kontynuowana na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość zawarcia tylko jednej Umowy na rzecz danego Ubezpieczonego.
4. Umowa zawierana jest na okres 1. Roku Polisy i ulega automatycznemu przedłużeniu na okres kolejnego Roku Polisy, o ile obie strony Umowy wyrażą taką wolę. Maksymalny okres trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy wskazany jest w Polisie.
5. Zakres Umowy uzależniony jest od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, który może zostać zmieniony w trakcie trwania Umowy ze skutkiem na dzień najbliższej Roczniczy Polisy.
6. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę pieniężną (Świadczenie) w wysokości Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia danego zdarzenia. Wysokość Sumy Ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową wskazana jest w Polisie.

Składka Regularna

7. Składka Regularna to kwota, którą musisz wpłacać regularnie, przez cały okres trwania Umowy, w terminach i wysokości wskazanej w Polisie.
8. Składka Regularna uzależniona jest od zakresu ubezpieczenia i stanowi sumę Kwot za Ryzyko. W Polisie znajdziesz informacje na temat wysokości Składki Regularnej i poszczególnych Kwot za Ryzyko.
9. W przypadku rozwiązania Umowy przed terminem, w szczególności w przypadku odstąpienia od Umowy albo jej wypowiedzenia, Ubezpieczyciel dokona zwrotu Składki Regularnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
10. Pierwszą Składkę Regularną zobowiązany jesteś zapłacić nie później niż do 7. dnia, licząc od początku Okresu Ubezpieczenia. Brak zapłaty pierwszej Składki Regularnej w tym terminie będzie skutkowało wypowiedzeniem Umowy przez Ubezpieczyciela w trybie natychmiastowym.
11. Kolejne Składki Regularne zobowiązany jesteś opłacać z góry, nie później niż do pierwszego dnia okresu, za który są należne. W przypadku niezapłacenia Składki Regularnej w pełnej wysokości w tym terminie, Ubezpieczyciel wezwie Cię do zapłaty Składki Regularnej w pełnej wysokości w dodatkowym terminie, kończącym się w 30. dniu, licząc od pierwszego dnia okresu, za który Składka Regularna jest należna oraz powiadomi Cię o skutkach niezapłacenia Składki Regularnej w dodatkowym terminie.

II. Zakres ochrony ubezpieczeniowej i świadczenia**Zakres ochrony ubezpieczeniowej**

1. Zakres Umowy uzależniony jest od wybranego wariantu ubezpieczenia i może obejmować następujące zdarzenia ubezpieczeniowe w życiu i zdrowiu Ubezpieczonego:
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego
 - 2) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW
 - 3) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku WK
 - 4) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca
 - 5) Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW
 - 6) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW

- 7) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca
- 8) Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego
- 9) Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego
- 10) Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego
- 11) Operacja Chirurgiczna
- 12) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby
- 13) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW
- 14) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK
- 15) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby
- 16) Śmierć Małżonka/Partnera
- 17) Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku NW
- 18) Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku WK
- 19) Poważne Zachorowanie Małżonka/Partnera
- 20) Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby
- 21) Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW
- 22) Pobyt Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW
- 23) Śmierć Dziecka
- 24) Śmierć Dziecka w wyniku NW
- 25) Poważne Zachorowanie Dziecka
- 26) Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby
- 27) Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW
- 28) Urodzenie Dziecka
- 29) Urodzenie Wnuka
- 30) Śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera.

Świadczenie

Ryzyko	Świadczenie - kiedy należne i w jakiej wysokości?	Świadczenie - komu wypłacane?
Śmierć Ubezpieczonego	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego.	Uposażonemu
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.	Uposażonemu
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku WK	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW.	Uposażonemu
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.	Uposażonemu
Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień wydania orzeczenia o Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji albo – w przypadku braku takiego orzeczenia - na dzień wystąpienia NW.	Ubezpieczonemu
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW	Świadczenie w wysokości określonego % Sumy Ubezpieczenia (% dla danego zdarzenia wskazany jest w Tabeli Trwałego Uszczerbku).	Ubezpieczonemu
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca	Świadczenie w wysokości określonego % Sumy Ubezpieczenia (% dla danego zdarzenia wskazany jest w Tabeli Trwałego Uszczerbku).	Ubezpieczonemu
Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania.	Ubezpieczonemu
Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego.	Ubezpieczonemu
Leczenie Specjalistyczne	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień zastosowania danego Leczenia Specjalistycznego.	Ubezpieczonemu
Operacja Chirurgiczna	Świadczenie w wysokości określonego % Sumy Ubezpieczenia (% dla danej Operacji Chirurgicznej wskazany jest w Tabeli Operacji Chirurgicznej).	Ubezpieczonemu
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.	Ubezpieczonemu
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.	Ubezpieczonemu
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.	Ubezpieczonemu
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.	Ubezpieczonemu
Śmierć Małżonka/Partnera	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Małżonka/Partnera.	Ubezpieczonemu
Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku NW	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Małżonka/Partnera, niezależnie od Świadczenia z tytułu śmierci Małżonka/Partnera.	Ubezpieczonemu
Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku WK	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Małżonka/Partnera, niezależnie od Świadczenia z tytułu śmierci Małżonka/Partnera oraz śmierci Małżonka/Partnera w wyniku NW.	Ubezpieczonemu
Poważne Zachorowanie Małżonka/Partnera	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka/Partnera.	Ubezpieczonemu
Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu.	Ubezpieczonemu

Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu.	Ubezpieczonemu
Pobyt Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka/Partnera na OIOM.	Ubezpieczonemu
Śmierć Dziecka	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Dziecka.	Ubezpieczonemu
Śmierć Dziecka w wyniku NW	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Dziecka, niezależnie od Świadczenia z tytułu śmierci Dziecka.	Ubezpieczonemu
Poważne Zachorowanie Dziecka	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania Dziecka.	Ubezpieczonemu
Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Dziecka w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu.	Ubezpieczonemu
Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW	Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Dziecka w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu.	Ubezpieczonemu
Urodzenie Dziecka	- W przypadku Urodzenia żywego Dziecka: 100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej w dniu Urodzenia się Dziecka - W przypadku Urodzenia martwego Dziecka: 200% Sumy Ubezpieczenia aktualnej w dniu Urodzenia martwego Dziecka.	Ubezpieczonemu
Urodzenie Wnuka	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej w dniu Urodzenia Wnuka.	Ubezpieczonemu
Śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka/ Partnera	100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka/ Partnera.	Ubezpieczonemu

Wypłata Świadczeń

- Zdarzenie ubezpieczeniowe można do nas zgłosić:
 - korespondencyjnie - na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,
 - pocztą elektroniczną - na adres e-mail wskazany na naszej stronie internetowej www.viennalife.pl,
 - osobiście - w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,
 - telefonicznie – poprzez Infolinię: +48 22 460 22 22.
- W terminie 7. dni od powiadomienia nas o zdarzeniu, poinformujemy o tym Ciebie (jeśli nie byłeś/aś osobą składającą zawiadomienie) i rozpoczniemy postępowanie dotyczące wypłaty Świadczenia. Wypłata Świadczenia następuje na podstawie złożonego wniosku o wypłatę oraz innych dokumentów, których szczegółową listę znajdziesz w OWU. Wraz z rozpoczęciem postępowania poinformujemy szczegółowo osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty będą niezbędne do wypłaty. Jeżeli w wyniku procesu ustalania naszej odpowiedzialności odmówimy wypłaty części lub całości Świadczenia, osoba uprawniona do jego otrzymania będzie mieć możliwość dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej.

Czas trwania Umowy i okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej

Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień początku Okresu Ubezpieczenia.

- Umowa zawierana jest na okres 1. Roku Polisy i ulega automatycznemu przedłużeniu na okres kolejnego Roku Polisy, o ile obie strony Umowy wyrażą taką wolę. Maksymalny okres trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy uzależniony jest od wybranego wariantu ubezpieczenia i wskazany jest w Polisie.
- Wygaśnięcie odpowiedzialności nastąpi na skutek upływu okresu na jaki Umowa została zawarta, jeżeli którakolwiek ze stron Umowy nie wyrazi woli jej przedłużenia, ale nie później niż w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy bądź w dniu rozwiązania Umowy (patrz pkt III).

Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej

- W odniesieniu do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy innych niż Urodzenie Dziecka oraz Urodzenie Wnuka, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zdarzenia te spowodowane zostały lub zaszły w następstwie okoliczności wskazanych poniżej, przy uwzględnieniu uczestnictwa w nich Ubezpieczonego lub w zależności od zdarzenia – Małżonka/ Partnera Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera:
 - wojny, działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach, chyba że uczestnictwo w nich wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - popętnienia lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
 - samobójstwa popełnionego w ciągu dwóch lat od początku Okresu Ubezpieczenia,
 - wykonywania pracy zawodowej, w której występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje) lub czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe) lub wykonywania pracy zawodowej na wysokości powyżej 10. metrów, prac pod ziemią, prac pod wodą,
 - zatrucia, choroby lub schorzenia spowodowanych spożywaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych - w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanym dalej łącznie środkami odurzającymi), z wyjątkiem zażywania ich zgodnie z zaleceniami lekarza.
- W odniesieniu do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy innych niż śmierć Ubezpieczonego, Urodzenie Dziecka oraz Urodzenie Wnuka, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zdarzenia te spowodowane zostały lub zaszły w następstwie okoliczności wskazanych poniżej, przy uwzględnieniu uczestnictwa w nich Ubezpieczonego lub w zależności od zdarzenia – Małżonka/ Partnera Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera:

- 1) pozostawania pod wpływem alkoholu (przez co uznaje się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm³) lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza oraz środków odurzających,
- 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę albo usiłowania popełnienia samobójstwa, bez względu na stan poczytalności,
- 3) lekomanii, chorób lub zaburzeń psychicznych (w tym nerwicy i depresji), niepełnosprawności intelektualnej lub zaburzeń zachowania,
- 4) wypadku lotniczego, z wyłączeniem przypadku, gdy dana osoba podróżowała jako pasażer licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 5) prowadzenia Pojazdu bez posiadania odpowiednich uprawnień wymaganych przepisami prawa, Pojazdu nie posiadającego aktualnych badań technicznych lub nie dopuszczonego do ruchu lub użytkowania,
- 6) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- 7) wystąpienia chorób zawodowych,
- 8) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- 9) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
- 10) leczenia lub zabiegów leczniczych wykonywanych przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
- 11) odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub nie wykonano badań z innych powodów, a w obu tych przypadkach w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędu o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę.

Pełna lista przypadków, w których odmówimy wypłaty Świadczenia z tytułu danego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy, wskazana jest w § 37 OWU.

Czasowe ograniczenie odpowiedzialności - karencja

8. W okresie pierwszych 6. miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest tylko do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych w wyniku NW, z zastrzeżeniem, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu:
 - Urodzenia Dziecka, Urodzenia Wnuka - rozpoczyna się po upływie 9. miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia,
 - Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby, Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w wyniku Choroby, Operacji Chirurgicznej, Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby, Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby - rozpoczyna się po upływie 3. miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia.

Zaliczenie okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia

9. W przypadku, gdy Ubezpieczony przed zawarciem Umowy był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego albo indywidualnego ubezpieczenia na życie (poprzednia umowa ubezpieczenia) oraz, z której zrezygnował nie wcześniej, niż 30 dni przed dniem zawarcia Umowy, wówczas do okresów czasowego ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla poszczególnych zdarzeń, zalicza się okres opłacania składek z tytułu tych zdarzeń w poprzedniej umowie ubezpieczenia.

Szczegółowe zasady dotyczące zasad zaliczania okresów z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia opisane są w § 37 ust. 7 OWU.

III. Rezygnacja z Umowy

Odstąpienie od Umowy

1. Masz prawo do odstąpienia od Umowy w okresie pierwszych 30. dni od początku Okresu Ubezpieczenia (ale jeśli jesteś przedsiębiorcą, musisz podjąć tę decyzję w okresie 7. dni). Po otrzymaniu Twojej decyzji w tej sprawie zwrócimy Ci wpłaconą Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie Umowy

2. Umowa ulegnie rozwiązaniu w przypadku:
 - 1) odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu,
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 3) złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej Składki Regularnej w pełnej wysokości w terminie 7. dni od dnia zawarcia Umowy – z dniem tego wypowiedzenia,
 - 5) niezapłacenia przez Ubezpieczającego innej, niż pierwsza, Składki Regularnej w pełnej wysokości w dodatkowym 30-dniowym terminie, o którym mowa w § 39 ust. 6, wskazanym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty zaległej Składki Regularnej - z upływem ostatniego dnia tego terminu,
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego określonego Wiekus wskazanego w Polisie – z dniem poprzedzającym Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego tego Wiekus,
 - 7) upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta – z dniem wskazanym w Polisie.
3. Umowa ulegnie rozwiązaniu w najwcześniejszym z powyższych dni.
4. W przypadku odstąpienia albo wypowiedzenia Umowy zwrócimy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. Skargi i reklamacje

1. Skargę lub reklamację możesz złożyć w każdym czasie:

- na piśmie - na adres siedziby Ubezpieczyciela: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa, przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego,
 - na adres do doręczeń elektronicznych – po jego wpisaniu do bazy adresów elektronicznych,
 - pocztą elektroniczną – na adres e-mail wskazany na stronie internetowej www.viennalife.pl jako właściwy do składania reklamacji,
 - osobiście - w siedzibie Ubezpieczyciela: Al. Jerozolimskie 162 A 02-342 Warszawa,
 - telefonicznie – poprzez Infolinię: +48 22 460 22 22.
2. Twoją reklamację postaramy się rozpatrzyć jak najszybciej, nie później jednak niż w terminie 30. dni od dnia jej otrzymania. Jeżeli jednak w ww. terminie nie będziemy mogli rozpatrzyć sprawy i udzielić odpowiedzi, prześlemy Ci wyjaśnienia dotyczące przyczyny opóźnienia, wskazując jednocześnie okoliczności niezbędne do ustalenia oraz przewidywany termin zakończenia (nie może on przekroczyć 60. dni od dnia otrzymania reklamacji).
 3. Odpowiedź na zgłoszoną reklamację prześlemy Ci na piśmie. Na Twoją prośbę możemy przekazać też odpowiedź za pomocą poczty elektronicznej.
 4. Możesz też zwrócić się o pomoc do Rzecznika Finansowego albo innych podmiotów lub organów powołanych do ochrony osób ubezpieczających i ubezpieczonych.

V. Podatki

1. Zgodnie z przepisami, wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń osobowych.
2. Wyjątki od zasady zwolnienia z podatku dochodowego dotyczą kwot wypłacanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczeniowej:
 - 1) z tytułu ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, w sytuacji gdy składka została zainwestowana w tym funduszu kapitałowym, a świadczenie ma charakter zmienny,
 - 2) 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.
3. Jeżeli powyższe przypadki nie dotyczą Twojego ubezpieczenia, to otrzymane kwoty będą zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych.
4. Świadczenia zakładu ubezpieczeń 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.
5. 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.
6. W związku z tym, że świadczenia z umowy ubezpieczenia nie wchodzi w skład masy spadkowej, nie będą podlegać opodatkowaniu podatkiem od spadków i darowizn.

VI. Informacje dodatkowe

1. Informujemy, iż w ramach procesu oferowania Umowy możemy stosować praktyki sprzedażowe popierające sprzedaż tego właśnie produktu, w szczególności: premie lub dodatkowe wynagrodzenia.
2. 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.

VII. Zrównoważony rozwój

Umowa, z uwagi na swój charakter, nie ma 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 spectrum inwestycyjnego.

Informacja przekazana zgodnie z wymaganiami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń, wydane na podstawie art. 17 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Poniżej znajdziesz listę ważnych dla Ciebie tematów opisanych w OWU i wskazanie, w których paragrafach zapisy te się znajdują.

Ryzyko objęte ochroną ubezpieczeniową	Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia	
	Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Śmierć Ubezpieczonego	§ 7, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 - 3
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 21), § 8, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 i ust. 3 - 4
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku WK	§ 2 ust. 1 pkt 25) – 26), § 9, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 i ust. 3 - 4
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca	§ 2 ust. 1 pkt 27) – 28), § 10, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 - 4
Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 21) i pkt 36), § 11, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 i ust. 3 - 4
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 21) i pkt 29), § 12, § 41, § 42, Załącznik nr 1 do OWU - Tabela Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu	§ 12 ust. 2 – 3, § 37 ust. 1 i ust. 3 - 4

Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca	§ 2 ust. 1 pkt 27) – 29), § 13, § 41, § 42, Załącznik nr 1 do OWU - Tabela Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu	§ 13 ust. 2 - 3, § 37 ust. 1 - 4
Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	§ 2 ust. 1 pkt 31), § 14, § 41, § 42	§ 14 ust. 1 – 5, § 37 ust. 1 - 4
Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego	§ 2 ust. 1 pkt 32), § 15, § 41, § 42	§ 15 ust. 2 – 4, § 37 ust. 1 – 4
Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego	§ 2 ust. 1 pkt 33), § 16, § 41, § 42	§ 16 ust. 2 i ust. 4, § 37 ust. 1 – 4
Operacja Chirurgiczna	§ 2 ust. 1 pkt 34) – 35), § 17, § 41, § 42, Załącznik nr 2 do OWU - Tabela Operacji Chirurgicznych	§ 17 ust. 1 i ust. 4 - 6, § 37 ust. 1 – 4 i ust. 6
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby	§ 2 ust. 1 pkt 20) i pkt 22) – 23), § 18, § 41, § 42	§ 18 ust. 1 - 2, § 37 ust. 1 – 5
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 21) – 23), § 19, § 41, § 42	§ 19 ust. 1 - 2, § 37 ust. 1 i ust. 3 - 5
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK	§ 2 ust. 1 pkt 22) – 23) i pkt 25) - 26), § 20, § 41, § 42	§ 20 ust. 1 - 2, § 37 ust. 1 i ust. 3 - 5
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby	§ 2 ust. 1 pkt 20) – 21) i pkt 24), § 21, § 41, § 42	§ 21 ust. 1 – 2, § 37 ust. 1 – 5
Śmierć Małżonka/Partnera	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4), § 3 ust. 2, § 22, § 41, § 42	§ 37 ust. 2 – 4
Śmierć Małżonka/ Partnera w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4) i pkt 21), § 3 ust. 2, § 23, § 41, § 42	§ 37 ust. 3 – 4
Śmierć Małżonka/ Partnera w wyniku WK	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4) i pkt 25) – 26), § 3 ust. 2, § 24, § 41, § 42	§ 37 ust. 3 – 4
Poważne Zachorowanie Małżonka/Partnera	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4), pkt 25) – 26) i pkt 31), § 3 ust. 2, § 25, § 41, § 42	§ 25 ust. 1 – 5, § 37 ust. 2 - 4
Pobyt Małżonka/ Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4), pkt 20) i pkt 22) – 23), § 3 ust. 2, § 26, § 41, § 42	§ 26 ust. 1 - 2, § 37 ust. 2 – 5
Pobyt Małżonka/ Partnera w Szpitalu w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4) i pkt 21) – 23), § 3 ust. 2, § 27, § 41, § 42	§ 27 ust. 1 - 2, § 37 ust. 3 – 5

Pobyt Małżonka/ Partnera na OIOM w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4), pkt 21) i pkt 24), § 3 ust. 2, § 28, § 41, § 42	§ 28 ust. 1, § 37 ust. 3 – 5
Śmierć Dziecka	§ 2 ust. 1 pkt 5), § 29, § 41, § 42	§ 37 ust. 2 – 4
Śmierć Dziecka w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 5) i pkt 21), § 30, § 41, § 42	§ 37 ust. 3 – 4
Poważne Zachorowanie Dziecka	§ 2 ust. 1 pkt 5) i pkt 31), § 31, § 41, § 42	§ 31 ust. 1 – 5, § 37 ust. 2 – 4
Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby	§ 2 ust. 1 pkt 5), pkt 20) i pkt 22) – 23), § 32, § 41, § 42	§ 32 ust. 1 - 2, § 37 ust. 2 – 5
Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW	§ 2 ust. 1 pkt 5) i pkt 21) – 23), § 33, § 41, § 42	§ 33 ust. 1 - 2, § 37 ust. 3 – 5
Urodzenie Dziecka	§ 2 ust. 1 pkt 5) i pkt 37), § 34, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 – 2
Urodzenie Wnuka	§ 2 ust. 1 pkt 5) i pkt 38), § 35, § 41, § 42	§ 37 ust. 1 – 2
Śmierć Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/ Partnera	§ 2 ust. 1 pkt 3) – 4) i pkt 7), § 36, § 41, § 42	§ 37 ust. 2 – 4

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OW-R-KGR-241001)

KAPITAŁna GRUPA+ Indywidualne Ubezpieczenie na Życie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia to najważniejszy dokument określający Twoje, jako Ubezpieczającego prawa i obowiązki, wynikające z Umowy. Jest to tekst pisany specyficznym i formalnym językiem prawniczym oraz, z uwagi na zakres ubezpieczenia, zawiera też specjalistyczne definicje medyczne.

W niektórych miejscach znajdziesz krótkie objaśnienia lub przykłady, które ułatwią Ci lekturę i zrozumienie treści. Pamiętaj, że opisy te należy czytać łącznie z treścią odpowiednich paragrafów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Postanowienia Ogólne

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „KAPITAŁna GRUPA+” (OWU) Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group zawiera umowy ubezpieczenia na życie.
2. Przedmiotem Umowy jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
3. Treść Umowy zawarta jest we wniosku o zawarcie Umowy, OWU, Polisie, załącznikach do Polisy oraz innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową lub uzgodnionych przez strony Umowy.

Definicje

§ 2

Niektóre zwroty używane w OWU są pisane wielką literą. Są one zdefiniowane, ponieważ mają szczególne znaczenie dla Umowy 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.

1. We wszelkich dokumentach związanych z zawarciem i wykonywaniem Umowy, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

Podmioty Umowy

- 1) Ubezpieczający – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę z Ubezpieczycielem i zobowiązana do zapłaty Składki Regularnej.
- 2) Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy ma ukończone 18 lat oraz, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, nieukończone 55 lat, 65 lat, albo 79 lat.
- 3) Małżonek – osoba, która na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zasady wskazywania Małżonka określone są w § 3 ust. 10.
- 4) Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, która na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostaje z Ubezpieczonym w stałym związku rozumianym jako prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego, pod warunkiem, że Ubezpieczony nie pozostaje w tym czasie w związku małżeńskim. W rozumieniu niniejszych OWU za Partnera nie uważa się byłego małżonka Ubezpieczonego. W jednym czasie ochroną ubezpieczeniową może być objęty tylko jeden Partner Ubezpieczonego. Zasady wskazywania Partnera określone są w § 3 ust. 9.
- 5) Dziecko – dziecko Ubezpieczonego, własne biologiczne lub przysposobione albo pasierb (jeśli nie żyje jego ojciec lub matka).
- 6) Rodzic – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Ubezpieczonego. Za Rodzica uważa się również osobę, która w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostaje z matką biologiczną lub ojcem biologicznym Ubezpieczonego w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Ubezpieczonego.
- 7) Rodzic Małżonka/Partnera – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka/Partnera Ubezpieczonego albo osoba, która w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostaje z matką biologiczną lub ojcem biologicznym Małżonka/Partnera Ubezpieczonego w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka/Partnera Ubezpieczonego.
- 8) Ubezpieczyciel – Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
- 9) Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana jako uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, na warunkach określonych w OWU.
- 10) Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana jako uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, na warunkach określonych w OWU, jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracił prawo do tego Świadczenia.

Parametry Umowy

- 11) Suma Ubezpieczenia – kwota stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu danego ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową.
- 12) Okres Ubezpieczenia – okres wskazany w Polisie, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy.
- 13) Miesiąc Polisy – okres miesięczny, którego początkiem jest dzień początku Okresu Ubezpieczenia, a w okresach kolejnych – dzień, który datą odpowiada dniowi początku Okresu Ubezpieczenia, a jeżeli takiego dnia nie ma – ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego; powyższy okres upływa z początkiem kolejnego Miesiąca Polisy.
- 14) Rocznicą 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.

- 15) 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.
- 16) Wiek – ilekroć w OWU jest mowa o wieku albo o tym, że dana osoba ma określoną liczbę lat, oznacza to liczbę ukończonych pełnych lat tej osoby.

Składka

- 17) Składka Regularna (Składka) – kwota wynikająca z zakresu ubezpieczenia obowiązującego dla danej Umowy, stanowiąca sumę Kwot za Ryzyko, wpłacana w terminach i wysokości wskazanej w Polisie.
- 18) Kwota za Ryzyko – kwota należna za udzielanie przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danego ryzyka, wchodząca w skład Składki Regularnej, wpłacanej w terminach i wysokości wskazanej w Polisie.

Świadczenie z tytułu Umowy

- 19) Świadczenie – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.

Ochrona ubezpieczeniowa – definicje ogólne

- 20) Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. Za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.
- 21) Nieszczęśliwy Wypadek (NW) – przypadkowe i nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w Okresie Ubezpieczenia, w którym uczestniczyła osoba objęta ochroną ubezpieczeniową, niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się Zawału Serca oraz Udaru Mózgu ani skutków żadnej innej Choroby, nawet występującej nagle.
- 22) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym Szpitala, mający miejsce w Okresie Ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia do Szpitala, a za ostatni dzień Pobytu w Szpitalu uznaje się dzień wypisu ze Szpitala.
- 23) Szpital – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (jeżeli państwo, będące na dzień zawarcia Umowy członkiem Unii Europejskiej, wystąpi z Unii Europejskiej – także na terytorium tego państwa) lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja, wykonywanie zabiegów chirurgicznych.
- 24) OIOM – oddział intensywnej opieki medycznej w Szpitalu, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych. Za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:
- a) oddział intensywnej terapii,
 - b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,
 - c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje.

Wypadek Komunikacyjny

- 25) Wypadek Komunikacyjny – Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony jako pieszy, pasażer albo jako kierujący Pojazdem, wywołany ruchem Pojazdu.
- 26) Pojazd – w rozumieniu niniejszych OWU za Pojazd uważa się:
- a) pojazd lądowy – środek transportu, maszyna lub urządzenie przeznaczone do poruszania się po drodze (w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym) lub po torowisku, będący pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym, z wyłączeniem pojazdu używanego do celów specjalnych,
 - b) pojazd morski – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, wykorzystywane w ruchu wodnym do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych, z wyłączeniem statku podwodnego, platformy wiertniczej, skutera wodnego, jachtu żaglowego z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym,
 - c) pojazd powietrzny – samolot lub śmigłowiec realizujący przewozy lotnicze i należący do licencjonowanych, pasażerskich linii lotniczych.

Zawał Serca i Udar Mózgu

- 27) Zawał Serca - 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,
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
 - c) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,
 - d) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego
- lub
- wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy (w przypadku przeskórnych interwencji wieńcowych - angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin,
- lub
- wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy (w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych - by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:
- a) nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,
 - b) udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

c) dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

Diagnoza musi być potwierdzona badaniem EKG lub wynikami badań biochemicznych albo Zawał Serca musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego.

28) Udar Mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego lub zawał tkanki mózgowej. Diagnoza musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego albo Udar Mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego.

Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego

29) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego – występujące u Ubezpieczonego trwałe, nieodwracalne i nie rokujące poprawy z punktu widzenia wiedzy medycznej, uszkodzenie organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo trwałym upośledzeniu funkcji organu, narządu lub układu, wymienione w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU.

Poważne Zachorowanie

30) Uraz - uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego.

31) Poważne Zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera albo Dziecka – w zależności od zakresu wskazanego w § 14 (Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego) albo § 25 (Poważne Zachorowanie Małżonka/Partnera), albo § 32 (Poważne Zachorowanie Dziecka) - jednej ze zdefiniowanych i wskazanych w poniższej tabeli jednostki chorobowej:

Poważne Zachorowanie	Definicja Poważnego Zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową	Data wystąpienia Poważnego Zachorowania
Całkowita Utrata Mowy	Całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 6. miesięcy.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza specjalistę laryngologa opinii potwierdzającej całkowitą i nieodwracalny charakter Utraty Mowy lub dowód przebiegu operacji i opis resekcji krtani, wystawionej nie wcześniej niż po upływie 6. miesięcy od jej wystąpienia.
Całkowita Utrata Słuchu	Całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie Choroby lub Urazu, o ile stan Całkowitej Utraty Słuchu trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 6. miesięcy.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza otolaryngologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie obuusznej Utraty Słuchu, potwierdzonej wynikami audiometrycznymi, wystawionej nie wcześniej niż po upływie 6. miesięcy od jej wystąpienia.
Całkowita Utrata Wzroku	Całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem pocucia światła lub pocuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie Choroby lub Urazu.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza okulistę jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie obuocznej Utraty Wzroku wystawionej nie wcześniej niż po upływie 6. miesięcy od jej wystąpienia.
Cukrzyca Typu I (insulinozależna)	Zdiagnozowany przez lekarza specjalistę diabetologa proces chorobowy u Dziecka o podłożu autoimmunologicznym, prowadzący do powolnego zniszczenia produkujących insulinę komórek β wysp trzustkowych (wysepek Langerhansa), w następstwie którego dochodzi do utraty zdolności wydzielania insuliny przez trzustkę oraz konieczności stałego uzupełniania jej niedoborów insuliną, podawaną do organizmu z zewnątrz.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Cukrzycy Typu 1.
Choroba Alzheimer	Jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimer (demencja przedstarca), które musi zostać potwierdzone przez specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki Choroby Alzheimer i demencji oraz udokumentowane wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu).	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Alzheimer.
Choroba Heinego - Medina	Infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest co najmniej paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Rozpoznanie musi być potwierdzone trwałymi deficytami neurologicznymi najwcześniej po 6 tygodniach od ich wystąpienia.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza, potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania.
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Diagnoza musi być uznana za "prawdopodobną", zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba: 1) postępująca demencja, 2) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu iramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny, 3) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowodzeniowym (CSF), 4) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy. Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego – braniu kąpeli/prysznica,	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba.

	ubieranie się, higiena osobista, mobilność, jedzenie/picie, kontrola zwieraczy – albo musi skutkować koniecznością nadzoru i stałej obecności personelu medycznego.	
Choroba Parkinsona	Jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej choroby Parkinsona, które musi być potwierdzone przez specjalistę. Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: 1) kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), 2) ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), 3) higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), 4) mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), 5) kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), 6) jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków, ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3. miesięcy.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Parkinsona.
Ciężki Uraz Głowy	Ciężki uraz głowy powodujący zaburzenia pracy mózgu, którego rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę oraz udokumentowane typowymi wynikami badań neuroradiologicznych (np. tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu). Uraz ten musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków, ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3. miesięcy.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii neurologa lub neurochirurga potwierdzająca trwałą niezdolność do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
Ciężka Sepsa	Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej u Dziecka, wywołany: zakażeniem (bakteryjnym, grzybiczym, wirusowym albo pasożytniczym), rozległym urazem, rozległymi zabiegami operacyjnymi i ich powikłaniami, w następstwie którego rozwija się powikłanie pod postacią niewydolności wielonarządowej (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).	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data postawienia diagnozy. Diagnoza musi być postawiona przez Szpital, w którym prowadzone było leczenie Dziecka.
Dystrofia Mięśniowa	Grupa uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które w następstwie zaniku i przykurczy tych mięśni powodują trwałą niezdolność Dziecka do przemieszczenia się po płaskiej powierzchni.	Data wykonania biopsji mięśnia, potwierdzającej wystąpienie Dystrofii Mięśniowej.
Łagodny Guz Mózgu	Guz mózgu niesklasyfikowany jako złośliwy, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego usuniętego guza lub jego części.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę Łagodnego Guza Mózgu wraz z wynikami badań histopatologicznych.
Łagodny Nowotwór Mózgu	Guz mózgu u Dziecka niesklasyfikowany jako złośliwy, wymagający usunięcia. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego usuniętego guza lub jego części.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę Łagodnego Nowotworu Mózgu wraz z wynikami badań histopatologicznych.

Niedokrwistość Aplastyczna	Jednoznaczne rozpoznanie niewydolności szpiku kostnego potwierdzone przez specjalistę oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja). Choroba musi prowadzić do co najmniej 2. z 3. następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości, i musi wymagać leczenia co najmniej jedną z poniższych metod: a) przetoczenie produktu krwiopochodnego, b) czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego, c) środki immunosupresyjne, d) przeszczep szpiku kostnego.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza hematologa stwierdzająca rozpoznanie choroby wraz z wynikami trepanobiopsji.
Niewydolność Nerek	Stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania pierwszej dializy, rozpoczynającej przewlekłe leczenie dializami albo data przebiegu operacji transplantacji nerki.
Oparzenia	Termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry właściwej), wymagające hospitalizacji i obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regulę dziewiątek”.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza specjalisty chirurgii zawierającej opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia.
Operacja Aorty	Nie będące wynikiem Urazu, chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu operacyjnego aorty.
Paraliż	Całkowita i nieodwracalna, mająca charakter trwały, utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem Urazu lub Choroby.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania drugiej opinii lekarza specjalisty chorób neurologicznych, zawierającej rozpoznanie, dokładny opis stanu zdrowia oraz rokowanie.
Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Ostra i podostra martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca szybko do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę oraz wyniki badań wykazujące spełnienie co najmniej trzech z poniższych warunków: a) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby, b) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby, c) narastająca żółtaczką, d) encefalopatia wątrobowa, e) rozległa martwica rozplywna.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Poważnego Zachorowania.
Schyłkowa Niewydolność Wątroby	Całkowite i nieodwracalne upośledzenie funkcji wątroby z występowaniem encefalopatii wątrobowej (śpiączki wątrobowej), zaburzeń krzepnięcia i wodobrzusza żółtaczki.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza hepatologa, potwierdzająca wystąpienia Poważnego Zachorowania.
Poważne Uszkodzenie Mózgu	Nieodwracalne, znaczne upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych w wyniku uszkodzenia mózgu, powstałe na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, którego skutkiem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, w następstwie czego wymagany jest stały nadzór lub pomoc w życiu codziennym.	Data Nieszczęśliwego Wypadku, którego skutkiem było uszkodzenie mózgu.
Przeszczep Narządu	Leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, płuc lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu operacyjnego Przeszczepu.
Sepsa	Uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową rozumianą jako stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, układ pokarmowy, nerki, wątrobę.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data postawienia diagnozy.
Stwardnienie Rozsiane	Przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, zdiagnozowana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Dla potwierdzenia diagnozy Ubezpieczony musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania drugiej opinii lekarza specjalisty chorób neurologicznych, potwierdzającej rozpoznanie Poważnego Zachorowania i dająca podstawy takiego rozpoznania.

	charakterystycznym dla Stwardnienia Rozsianego wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.	
Śpiączka	Spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96. godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data początku okresu leczenia Śpiączki.
Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV	Zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w Okresie Ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data stwierdzenia zakażenia wirusem HIV.
Udar Mózgu	Ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego lub zawał tkanki mózgowej. Diagnoza musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.	Data wystąpienia Udaru Mózgu potwierdzona wynikami badań diagnostycznych oraz wpisem w dokumentacji medycznej wskazującym dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni.
Utrata Kończyn	Całkowita i trwała utrata dwóch lub więcej kończyn powyżej łokcia/nadgarstka lub stawu kolanowego/skokowego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub przeprowadzenia koniecznej amputacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data amputacji kończyn albo data Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Utratę Kończyn.
Wszczepienie Zastawki Serca	Wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu Wszczepienia Zastawki Serca.
Wymiana Zastawki Serca	Operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca na zastawki sztuczne lub biologiczne. Obejmuje to wymianę zastawki aortalnej, mitralnej, płucnej albo trójdzielnej na zastawki sztuczne. Jest to spowodowane stenozą albo niewydolnością tych zastawek lub wystąpieniem obu tych czynników. Wykonanie operacji wymiany zastawki serca musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania zabiegu Wymiany Zastawki Serca.
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Operacja kardiologiczna polegająca na wszczepieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. by-passów), wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wykonania Zabiegu Pomostowania Aortalno-Wieńcowego.
Zawał Serca	- 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: - objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego, - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, - powstanie patologicznych załamek Q w EKG, - dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego - lub - wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy (w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych - angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin, lub - wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy (w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych - by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów: - nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,	Data wystąpienia Zawału Serca potwierdzona wynikami badań diagnostycznych oraz wpisem w dokumentacji medycznej dokonanym przez lekarza specjalistę.

	b) udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej, c) dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.	
Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV	Zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych w Okresie Ubezpieczenia. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6. miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data stwierdzenia zakażenia wirusem HIV.
Zapalenie Mózgu	Jednoznaczna diagnoza zapalenia mózgu spowodowanego procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej, wywołanego zakażeniem bakteryjnym, prowadzącego do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wystawienia przez lekarza jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Zapalenia Mózgu.
Zapalenie Opon Mózgowo - Rdzeniowych	Jednoznaczna diagnoza zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych spowodowanego procesem zapalnym umiejscowionym w oponie miękkiej, wywołanego zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym, prowadzącego do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu.	Potwierdzona w dokumentacji medycznej data wydania opinii lekarza, potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania.

Nowotwór Złośliwy

- 32) Nowotwór Złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki, potwierdzona dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

Leczenie Specjalistyczne

- 33) Leczenie Specjalistyczne - zastosowanie wobec Ubezpieczonego któregośkolwiek z niżej wymienionych zabiegów medycznych:

Leczenie Specjalistyczne	Definicja Leczenia Specjalistycznego objętego ochroną ubezpieczeniową	Dzień zastosowania Leczenia Specjalistycznego
Chemioterapia	Metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego z leków przeciwnowotworowych z grupy leków L według klasyfikacji ATC.	Podanie pierwszej dawki.
Radioterapia	Leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.	Podanie pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
Terapia interferonowa	Podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz Stwardnienia Rozsianego.	Podanie pierwszej dawki leku.
Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	Zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – układu elektronicznego z funkcją rozpoznawania i leczenia groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca, po przynajmniej jednym epizodzie groźnej arytmii komorowej serca lub nagłym zatrzymaniu krążenia.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora.
Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	Zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – układu elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, z wyłączeniem zabiegów wykonanych w prewencji pierwotnej, tj. bez wcześniejszych epizodów udokumentowanego nagłego zatrzymania serca.	Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora).
Wykonanie Ablacji	Zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.	Wykonanie Ablacji.

Operacje chirurgiczne

- 34) Operacja Chirurgiczna – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu (ogólnym, miejscowym lub przewodowym), także metodą laparoskopową lub endoskopową, mający na celu leczenie skutków Choroby lub następstw NW, wymagający Pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 24 h, przeprowadzony przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, uprawnionego do wykonywania Operacji Chirurgicznej na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Operacje Chirurgiczne objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wymienione są w Tabeli Operacji Chirurgicznych.
- 35) Tabela Operacji Chirurgicznych – katalog Operacji Chirurgicznych w podziale na 5 grup, ze wskazaniem metod ich przeprowadzenia oraz wartości procentowych Sumy Ubezpieczenia należnej Ubezpieczonemu z tytułu przeprowadzenia na nim danej Operacji Chirurgicznej, stanowiący Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.

Całkowita Niezdolność do Pracy

36) Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW (Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji w NW) - powstała w Okresie Ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego, będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, powodująca łącznie:

- 1) całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz
- 2) niezdolność do samodzielnej egzystencji (przez którą należy rozumieć niezdolność do samodzielnego zaspokajania co najmniej 3. z następujących potrzeb życiowych: korzystania z toalety, poruszania się, ubierania się, mycia się, odżywiania się),

która, na podstawie dokumentacji medycznej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez i na koszt Ubezpieczyciela, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Ubezpieczyciela, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.

Ubezpieczyciel uznaje Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez wskazanego lekarza, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego wydano po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tego ryzyka orzeczenie o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji na okres co najmniej 2. lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tego ryzyka, sumuje się.

Narodziny

- 37) Urodzenie się Dziecka – urodzenie się żywego albo martwego Dziecka własnego biologicznego Ubezpieczonego, co najmniej od początku 23. tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się Dziecka należy rozumieć także całkowite, nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego Dziecka w wieku do lat 5., o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.
- 38) Urodzenie się Wnuka – urodzenie się żywego Dziecka z ciąży trwającej co najmniej 23. tygodnie, pod warunkiem, że zostało to potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym córka lub syn Ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego Dziecka. Przez Urodzenie się Wnuka należy rozumieć także całkowite, nierozwiązywalne przysposobienie przez córkę lub syna Ubezpieczonego Dziecka w wieku do lat 5., o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

Dokumenty

- 39) Umowa – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU.
- 40) Polisa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, zawierający informacje o aktualnym zakresie ubezpieczenia, okresach udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Sumach Ubezpieczenia, wysokościach Kwot za Ryzyko oraz wysokości i terminie opłacania Składek Regularnej. Każda zmiana warunków Umowy jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela w kolejnej wersji Polisy.

Zakres Ubezpieczenia

§ 3

1. Zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia, następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego
 - 2) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW
 - 3) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku WK
 - 4) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca
 - 5) Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW
 - 6) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW
 - 7) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca
 - 8) Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego
 - 9) Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego
 - 10) Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego
 - 11) Operacja Chirurgiczna
 - 12) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby
 - 13) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW
 - 14) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK
 - 15) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby
 - 16) Śmierć Małżonka/Partnera
 - 17) Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku NW
 - 18) Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku WK
 - 19) Poważne Zachorowanie Małżonka/Partnera
 - 20) Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby
 - 21) Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW
 - 22) Pobyt Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW
 - 23) Śmierć Dziecka
 - 24) Śmierć Dziecka w wyniku NW
 - 25) Poważne Zachorowanie Dziecka
 - 26) Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby
 - 27) Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW
 - 28) Urodzenie Dziecka
 - 29) Urodzenie Wnuka
 - 30) Śmierć Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera.

Wybór wariantu ubezpieczenia

2. Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość zawarcia tylko jednej Umowy na rzecz danego Ubezpieczonego.
3. We wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczający wskazuje wariant ubezpieczenia, na podstawie którego będzie objęty ochroną z tytułu Umowy.

4. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Ubezpieczonego, wariant ubezpieczenia może zostać zmieniony.
5. Zmiana wariantu ubezpieczenia może nastąpić w każdą Rocznicę Polisy, zgodnie z ust. 6 – 7.
6. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia, pod warunkiem, że zostanie on doręczony Ubezpieczycielowi na 30 dni przed Rocznicą Polisy, od której zmiana wariantu ma nastąpić.
7. W przypadku akceptacji przez Ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel potwierdzi zmianę wariantu ubezpieczenia w Polisie oraz wskaże nową wysokość Składki Regularnej, obowiązującą od Rocznic Polisy.
8. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia:
 - 1) skutkującego zmianą zakresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność na zasadach określonych w § 37 ust. 2,
 - 2) skutkującego podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia z tytułu danego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność na zasadach określonych w § 37 ust. 7.

Wskazanie Partnera Ubezpieczonego

9. W przypadku wyboru przez Ubezpieczającego zakresu ochrony ubezpieczeniowej obejmującego zdarzenia ubezpieczeniowe związane z życiem lub zdrowiem Partnera Ubezpieczonego, Ubezpieczony imiennie wskazuje Partnera, z uwzględnieniem poniższych zasad:
 - 1) wskazanie może nastąpić na etapie zawierania Umowy lub w trakcie jej trwania, ze skutkiem na dzień najbliższej Rocznic Polisy,
 - 2) wskazanie Partnera następuje wyłącznie na podstawie pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego,
 - 3) w trakcie trwania Umowy Ubezpieczony ma prawo do zmiany osoby wskazanej jako Partner – zmiana ta może być dokonywana na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego jeden raz w Roku Polisy ze skutkiem na dzień najbliższej Rocznic Polisy.

Wskazanie Małżonka Ubezpieczonego

10. W przypadku wyboru przez Ubezpieczającego zakresu ochrony ubezpieczeniowej obejmującego zdarzenia ubezpieczeniowe związane z życiem lub zdrowiem Małżonka Ubezpieczonego, Ubezpieczony może imiennie wskazać Małżonka na etapie zawierania Umowy lub w trakcie jej trwania, jednakże podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela będzie dokument potwierdzający istnienie związku małżeńskiego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Warunki zawarcia Umowy

§ 4

Kompletnie wypełniony i podpisany wniosek o zawarcie Umowy jest jednocześnie Polisą

1. Umowa zawierana jest na podstawie złożonego Ubezpieczycielowi prawidłowo wypełnionego, kompletnego wniosku o zawarcie Umowy, podpisanego przez Ubezpieczającego oraz osobę, która ma być Ubezpieczonym.
2. Prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o zawarcie Umowy jest jednocześnie Polisą potwierdzającą jej zawarcie.
3. We wniosku o zawarcie Umowy, stanowiącym jednocześnie Polisę, Ubezpieczyciel wskazuje: dzień zawarcia Umowy, początek i koniec Okresu Ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, wysokości Sum Ubezpieczenia, wysokości Kwot za Ryzyko oraz wysokość i termin opłacania Składki Regularnej.

Czas trwania Umowy

§ 5

Umowa jest zawierana na 1 rok i automatycznie przedłużana na kolejny, chyba że którakolwiek ze stron nie wyrazi na to zgody.

1. Umowa jest zawierana na okres 1. Roku Polisy i ulega automatycznemu przedłużeniu na okres kolejnego Roku Polisy, jeżeli żadna ze stron Umowy nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia o braku zgody na przedłużenie Umowy. Ubezpieczyciel może to zrobić najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą Polisy, a Ubezpieczający najpóźniej w ostatnim dniu przed Rocznicą Polisy.
2. Maksymalny okres trwania Umowy wskazany jest w Polisie i może trwać nie dłużej, niż do dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, 65. roku życia albo 70. roku życia, albo 80. roku życia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 80. roku życia, Umowa może być kontynuowana na zasadach wskazanych w ust. 4 – 6.
4. Najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 80. roku życia, Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy.
5. W propozycji przedłużenia Umowy, o której mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel wskaże: zakres ubezpieczenia, wysokości Sum Ubezpieczenia, wysokości Kwot za Ryzyko oraz wysokość Składki Regularnej.
6. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na zaproponowane przez Ubezpieczyciela warunki Umowy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy wygaśnie w dniu poprzedzającym Rocznicę Polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 80. roku życia.

Suma Ubezpieczenia

§ 6

Suma Ubezpieczenia to kwota na podstawie której ustalana jest wysokość Świadczenia. Znajdziesz ją w Polisie. Dla każdego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową może obowiązywać inna Suma Ubezpieczenia.

1. Suma Ubezpieczenia stanowi podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia.
2. Wysokość Sumy Ubezpieczenia dla każdego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest wskazana w Polisie.

Śmierć Ubezpieczonego

§ 7

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła z dowolnej przyczyny.

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 - 3.
3. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 8

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, pod warunkiem, że oba te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 i ust. 3 - 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
3. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 9

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego, pod warunkiem, że oba te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 i ust. 3 - 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW.
3. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca

§ 10

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca, pod warunkiem, że wszystkie te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.

Poniżej lista przypadków, których nie uznajemy za Udar Mózgu lub Zawał Serca

2. Ubezpieczyciel **nie uznaje za Udar Mózgu lub Zawał Serca** następujących zdarzeń wskazanych w poniższej tabeli:

Udar Mózgu	• przejściowe ataki niedokrwienne mózgu (TIA), • przedłużone odwracalne niedokrwienne ubytki neurologiczne (PRIND), • objawy mózgowe spowodowane migreną, • zaburzenia ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, • uszkodzenia mózgu spowodowane Urazem (np. stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), • uszkodzenia mózgu wskutek niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. wskutek zatrzymania krążenia lub oddechu), • skutki choroby dekompresyjnej, • uszkodzenia mózgu spowodowane przewlekłym niedokrwieniem.
Zawał Serca	Zawał Serca, który nie został stwierdzony w protokole badania sekcyjnego, a przed śmiercią nie zostały wykonane badania EKG lub badania aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 - 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 11

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji w wyniku NW, jeżeli zdarzenia te miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW wygasa w dniu wypłaty Świadczenia z tego tytułu.

Wysokość Świadczenia

3. W razie wystąpienia Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia wskazanego w ust. 4, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 i ust. 3 - 4.
4. Za dzień wystąpienia zdarzenia uznaje się:
 - a) w przypadku braku orzeczenia o Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego - dzień wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) w przypadku posiadania przez Ubezpieczonego orzeczenia o Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji - dzień wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego, wskazany w tym dokumencie.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub do zwrócenia się do właściwej placówki medycznej o uzyskanie dodatkowej dokumentacji medycznej, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności.
6. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 12

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW, pod warunkiem, że oba te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW powstał przed dniem zajścia danego NW lub z tytułu którego Ubezpieczyciel dokonał już wypłaty Świadczenia.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do łącznej wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, niezależnie od ilości zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, mających miejsce w Okresie Ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku NW wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia, pod warunkiem jego akceptacji przez Ubezpieczyciela, które samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami wyczerpuje 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku NW.

Wysokość Świadczenia

5. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej określony procent Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia NW, przypisany do danego zdarzenia, wskazany w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 i ust. 3 - 4.
6. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową z ww. Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego przez Sumę Ubezpieczenia.
7. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w wyniku NW ustalany jest po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak, niż w ciągu 24. miesięcy od dnia zajścia NW. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w wyniku NW ustalany jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu i, będącym jego przyczyną, NW.
8. Decyzja o stopniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z tym uszczerbkiem i, będącym jego przyczyną, Nieszczęśliwym Wypadkiem. Zmiana stopnia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która nastąpiła po dniu wypłaty Świadczenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości tego Świadczenia.
9. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub do zwrócenia się do właściwej placówki medycznej o uzyskanie dodatkowej dokumentacji medycznej, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności.
10. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca

§ 13

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca, pod warunkiem, że wszystkie te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca powstał przed dniem zajścia danego Udaru Mózgu lub Zawału Serca lub z tytułu którego Ubezpieczyciel dokonał już wypłaty Świadczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia, pod warunkiem jego akceptacji przez Ubezpieczyciela, które samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami wyczerpuje 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca.

Wysokość Świadczenia

4. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej określony procent Sumy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 - 4. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:
 - 1) Suma Ubezpieczenia wskazana w Polisie, aktualna na dzień wystąpienia Udaru Mózgu lub Zawału Serca, w wyniku którego powstał Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego,
 - 2) procent Sumy Ubezpieczenia przypisany do danego zdarzenia, wskazany w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU.
5. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową z ww. Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego przez Sumę Ubezpieczenia.
6. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca ustalany jest po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak, niż w ciągu 24. miesięcy od dnia wystąpienia Udaru Mózgu lub Zawału Serca. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca ustalany jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu i, będącym jego przyczyną, Udarem Mózgu lub Zawałem Serca.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub do zwrócenia się do właściwej placówki medycznej o uzyskanie dodatkowej dokumentacji medycznej, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności.
8. W przypadku zajścia więcej niż jednego zdarzenia określonego w tabeli, o której mowa w ust. 4 pkt 2), wysokość Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia ostatniego Udaru Mózgu lub Zawału Serca, będących przyczyną tych zdarzeń.
9. Decyzja o stopniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z tym uszczerbkiem i, będącym jego przyczyną, Udarem Mózgu lub Zawałem Serca. Zmiana stopnia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która nastąpiła po dniu wypłaty Świadczenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości tego Świadczenia.
10. Jeżeli kolejne Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca sprawiłoby, że łączna kwota Świadczeń z tytułu tych zdarzeń przekroczyłaby 100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia ostatniego ze zdarzeń, będących przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, wówczas Świadczenie to zostanie ograniczone do wysokości Sumy Ubezpieczenia obowiązującej na dzień wystąpienia ostatniego Udaru Mózgu lub Zawału Serca, pomniejszonej o wcześniej przyznane Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca.
11. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w 41 - 42.

Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego

§ 14

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, ochroną ubezpieczeniową objęte są niżej wymienione jednostki chorobowe, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia:
 - 1) Całkowita Utrata Mowy
 - 2) Całkowita Utrata Słuchu
 - 3) Całkowita Utrata Wzroku
 - 4) Choroba Alzheimera
 - 5) Choroba Creutzfeldta-Jakoba
 - 6) Choroba Parkinsona
 - 7) Ciężki Uraz Głowy
 - 8) Łagodny Guz Mózgu
 - 9) Niedokrwistość Aplastyczna
 - 10) Niewydolność Nerek
 - 11) Oparzenia
 - 12) Operacja Aorty
 - 13) Paraliż
 - 14) Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby
 - 15) Przeszczep Narządu
 - 16) Sepsa
 - 17) Stwardnienie Rozsiane
 - 18) Śpiączka
 - 19) Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV
 - 20) Udar Mózgu
 - 21) Utrata Kończyn
 - 22) Wszczepienie Zastawki Serca
 - 23) Wymiana Zastawki Serca
 - 24) Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)
 - 25) Zawał Serca
 - 26) Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV,

z zastrzeżeniem zdarzeń niepodlegających ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania, wskazanych w poniżej tabeli:

Poważne zachorowanie	Zdarzenia niepodlegające ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania
Całkowita Utrata Mowy	Całkowita utrata mowy o podłożu psychogennym.
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Jatrogenna i rodzinna postać Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariant Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
Choroba Parkinsona	Wszystkie pozostałe postacie parkinsonizmu poza idiopatyczną lub pierwotną choroby Parkinsona.
Łagodny Guz Mózgu	Krwiaki, torbiele, cysty, ziarniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki lub rdzenia kręgowego.
Niedokrwistość Aplastyczna	Izolowana aplazja linii erytropoetycznej oraz anemia aplastyczna będąca skutkiem chemioterapii lub radioterapii nowotworów.
Niewydolność Nerek	Ostra niewydolność nerek, w tym niewydolność powstała wskutek zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.
Operacja Aorty	Operacje odcinka aorty innej niż piersiowy lub brzuszny oraz przeszkońska implantacja stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby.
Przeszczep Narządu	Przeszczep narządu sztucznego lub fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.
Sepsa	- ciężka Sepsa, która wystąpiła w czasie chemioterapii lub radioterapii przeciwnowotworowej lub w okresie neutropenii po chemioterapii lub radioterapii - ciężka Sepsa u chorego z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
Śpiączka	Powstała wskutek Poważnego Zachorowania wskazanego w ust. 1 pkt 1) -17) oraz 19) – 26) .
Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV	W przypadku, kiedy przetoczenie, które spowodowało zakażenie, było przeprowadzane u chorego na hemofilę lub poddawanego przewlekłym dializom.
Udar Mózgu	- przejściowe ataki niedokrwienne mózgu (TIA), - przedłużone odwracalne niedokrwienne ubytki neurologiczne (PRIND), - objawy mózgowo spowodowane migreną, - zaburzenia ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, - uszkodzenia mózgu spowodowane Urazem (np. stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), - uszkodzenia mózgu wskutek niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. wskutek zatrzymania krążenia lub oddechu), - udar mózgu zdiagnozowany jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, - skutki choroby dekompresyjnej, - uszkodzenia mózgu spowodowane przewlekłym niedokrwieniem.
Wszczepienie Zastawki Serca	Operacja naprawcza, rekonstrukcja zastawki, plastyka zastawki, walwulotomia.
Wymiana Zastawki Serca	Naprawa zastawki serca, walwulotomia, walwuloplastyka.
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Zabiegi przeszkońskiej angioplastyki wieńcowej (PTCA), każde inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu oraz każde inne operacje mające na celu leczenie innych chorób serca oraz zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.
Zawał Serca	Zawał Serca, który jest drugim lub kolejnym Zawałem Serca w życiu Ubezpieczonego.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za dany rodzaj Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 3 - 5.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie danego rodzaju Poważnego Zachorowania, które wystąpiło wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
- Wystąpienie u Ubezpieczonego kolejnego Poważnego Zachorowania z listy, o której mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z Poważnym Zachorowaniem, które wystąpiło wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
- W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału Serca i Zabiegu Chirurgicznego Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia tylko z jednego z tych Poważnych Zachorowań, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do drugiego z tych Poważnych Zachorowań wygasa.

Wysokość Świadczenia

- W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania wskazany w § 2 ust. 1 pkt 31), z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 - 4.
- Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego § 15

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego

- Ochroną ubezpieczeniową objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia Nowotworu Złośliwego.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za dany rodzaj Nowotworu Złośliwego, z zastrzeżeniem ust. 3 - 4.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie danego rodzaju Nowotworu Złośliwego, który wystąpił wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.

4. Wystąpienie u Ubezpieczonego kolejnego Nowotworu Złośliwego jest objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile nie pozostaje on w związku przyczynowo – skutkowym z Nowotworem Złośliwym, który wystąpił wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.

Wysokość Świadczenia

5. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 4, przy czym za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego uznaje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa, podczas której po raz pierwszy zdiagnozowano Nowotwór Złośliwy.
6. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego

§ 16

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

1. Z tytułu Leczenia Specjalistycznego ochroną ubezpieczeniową objęte jest zastosowanie wobec Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia któregośkolwiek z niżej wymienionych zabiegów medycznych:
 - 1) Chemioterapia
 - 2) Radioterapia
 - 3) Terapia interferonowa
 - 4) Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora
 - 5) Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)
 - 6) Wykonanie Ablacji.
2. W Okresie Ubezpieczenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty tylko jednego Świadczenia za dany zabieg medyczny, wymieniony w ust. 1 pkt 1) – 6).

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku zastosowania wobec Ubezpieczonego danego Leczenia Specjalistycznego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu zastosowania danego Leczenia Specjalistycznego, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 4.
4. W przypadku jednoczesnego zastosowania Radioterapii i Chemioterapii, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Operacja Chirurgicalna

§ 17

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Operacji Chirurgicalnej

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest przeprowadzenie u Ubezpieczonego Operacji Chirurgicalnej będącej wynikiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w Okresie Ubezpieczenia albo Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w Okresie Ubezpieczenia. Choroba albo Nieszczęśliwy Wypadek muszą pozostawać w bezpośrednim związku przyczynowo – skutkowym z przeprowadzoną Operacją Chirurgicalną.
2. Operacje Chirurgicalne objęte ochroną ubezpieczeniową zostały wymienione w Tabeli Operacji Chirurgicalnych, stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.

Wysokość Świadczenia

3. Z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji Chirurgicalnej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości określonego % Sumy Ubezpieczenia wskazanej w Polisie, określonego w Tabeli Operacji Chirurgicalnej dla danej Operacji Chirurgicalnej, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 4 i ust. 6.
4. W każdym kolejnym roku Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci łącznie Świadczenie w maksymalnej wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednorazowego Świadczenia z tytułu danej Operacji Chirurgicalnej i nie obejmuje drugiej i kolejnych Operacji Chirurgicalnych, które pozostają w pośrednim lub bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym z Operacją Chirurgicalną, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił Świadczenie.
6. W przypadku dwóch lub więcej Operacji Chirurgicalnych przeprowadzonych u Ubezpieczonego w czasie jednego Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu tylko jednej Operacji Chirurgicalnej, w wysokości wyższego ze Świadczeń.
7. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby

§ 18

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, który miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy Pobyt w Szpitalu i Chorobą wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli Pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 5.
4. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku **§ 19**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli oba te zdarzenia miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli Pobyt w Szpitalu w wyniku NW odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu w Szpitalu w wyniku NW na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w wyniku NW, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 i ust. 3 - 5.
4. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w wyniku NW, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Wypadku Komunikacyjnego **§ 20**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli oba te zdarzenia miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w wyniku WK, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 i ust. 3 - 5.
4. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w wyniku WK, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby **§ 21**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub Choroby, jeżeli wszystkie te zdarzenia miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy, przy czym Pobyt Ubezpieczonego na OIOM musi trwać co najmniej:
 - 1) 2 dni – w przypadku Pobytu na OIOM w wyniku NW,
 - 2) 3 dni – w przypadku Pobytu na OIOM w wyniku Choroby.
2. W przypadku kilkukrotnego Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w ramach danego, trwającego nieprzerwanie Pobytu w Szpitalu w wyniku NW lub Choroby, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do wypłaty Świadczenia z tytułu pierwszego pobytu Ubezpieczonego na OIOM.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 5.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Śmierć Małżonka/Partnera **§ 22**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Małżonka/Partnera

Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Małżonka/Partnera Ubezpieczonego, która nastąpiła z dowolnej przyczyny.

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Małżonka/Partnera, która nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Małżonka/Partnera, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka/Partnera, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 37 ust. 2 – 4.
3. Jeżeli śmierć Małżonka/Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie osobie uprawnionej wskazanej w § 40 ust. 7, na zasadach określonych w § 40 ust. 7 – 9.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 23

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Małżonka/Partnera w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Małżonka/Partnera w wyniku NW, jeżeli oba te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Małżonka/Partnera w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka/Partnera w wyniku NW, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 37 ust. 3 – 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Małżonka/Partnera.
3. Jeżeli śmierć Małżonka/Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie osobie uprawnionej wskazanej w § 40 ust. 7, na zasadach określonych w § 40 ust. 7 – 9.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 24

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Małżonka/Partnera w wyniku WK

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Małżonka/Partnera w wyniku WK, jeżeli oba te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Małżonka/Partnera w wyniku WK, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka/Partnera w wyniku WK, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 37 ust. 3 – 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Małżonka/Partnera oraz Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Małżonka/Partnera w wyniku NW.
3. Jeżeli śmierć Małżonka/Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie osobie uprawnionej wskazanej w § 40 ust. 7, na zasadach określonych w § 40 ust. 7 – 9.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Poważne Zachorowanie Małżonka/Partnera

§ 25

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka/Partnera

1. Z tytułu wystąpienia u Małżonka/Partnera Poważnego Zachorowania, ochroną ubezpieczeniową objęte są niżej wymienione jednostki chorobowe, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia:

- 1) Całkowita Utrata Mowy
- 2) Całkowita Utrata Słuchu
- 3) Całkowita Utrata Wzroku
- 4) Choroba Alzheimera
- 5) Choroba Creutzfeldta-Jakoba
- 6) Choroba Parkinsona
- 7) Ciężki Uraz Głowy
- 8) Łagodny Guz Mózgu
- 9) Niedokrwistość Aplastyczna
- 10) Niewydolność Nerek
- 11) Oparzenia
- 12) Operacja Aorty
- 13) Paraliż
- 14) Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby
- 15) Przeszczep Narządu
- 16) Sepsa
- 17) Stwardnienie Rozsiane
- 18) Śpiączka

- 19) Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV
- 20) Udar Mózgu
- 21) Utrata Kończyn
- 22) Wszczepienie Zastawki Serca
- 23) Wymiana Zastawki Serca
- 24) Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)
- 25) Zawał Serca
- 26) Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV,

z zastrzeżeniem zdarzeń niepodlegających ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania, wskazanych w poniżej tabeli:

Poważne zachorowanie	Zdarzenia niepodlegające ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania
Całkowita Utrata Mowy	Całkowita utrata mowy o podłożu psychogennym.
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Jatrogenna i rodzinna postać Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariant Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
Choroba Parkinsona	Wszystkie pozostałe postaci parkinsonizmu poza idiopatyczną lub pierwotną choroby Parkinsona.
Łagodny Guz Mózgu	Krwiaki, torbiele, cysty, ziarniaki, malformacje naczyń, guzy przysadki lub rdzenia kręgowego.
Niedokrwistość Aplastyczna	Izolowana aplazja linii erytropoetycznej oraz anemia aplastyczna będąca skutkiem chemioterapii lub radioterapii nowotworów.
Niewydolność Nerek	Ostra niewydolność nerek, w tym niewydolność powstała wskutek zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.
Operacja Aorty	Operacje odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny oraz przeszćróna implantacja stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby.
Przeszczep Narządu	Przeszczep narządu sztucznego lub fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.
Sepsa	- ciężka Sepsa, która wystąpiła w czasie chemioterapii lub radioterapii przeciwnowotworowej lub w okresie neutropenii po chemioterapii lub radioterapii - ciężka Sepsa u chorego z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
Śpiączka	Powstała wskutek Poważnego Zachorowania wskazanego w ust. 1 pkt 1) -17) oraz 19) – 26) .
Transfuzyjne Zakażenie Wirusem HIV Zawodowe Zakażenie Wirusem HIV	W przypadku, kiedy przetoczenie, które spowodowało zakażenie, było przeprowadzane u chorego na hemofilę lub poddawanego przewlekłym dializom.
Udar Mózgu	- przejściowe ataki niedokrwienne mózgu (TIA), - przedłużone odwracalne niedokrwienne ubytki neurologiczne (PRIND), - objawy mózgowo spowodowane migreną, - zaburzenia ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, - uszkodzenia mózgu spowodowane Urazem (np. stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), - uszkodzenia mózgu wskutek niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. wskutek zatrzymania krążenia lub oddechu), - udar mózgu zdiagnozowany jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, - skutki choroby dekompresyjnej, - uszkodzenia mózgu spowodowane przewlekłym niedokrwieniem.
Wszczepienie Zastawki Serca	Operacja naprawcza, rekonstrukcja zastawki, plastyka zastawki, walwulotomia.
Wymiana Zastawki Serca	Naprawa zastawki serca, walwulotomia, walwuloplastyka.
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Zabiegi przeszćrónnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), każde inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu oraz każde inne operacje mające na celu leczenie innych chorób serca oraz zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.
Zawał Serca	Zawał Serca, który jest drugim lub kolejnym Zawałem Serca w życiu Małżonka/Partnera.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za dany rodzaj Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 3 - 5.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Małżonka/Partnera ponownie danego rodzaju Poważnego Zachorowania, które wystąpiło wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
4. Wystąpienie u Małżonka/Partnera kolejnego Poważnego Zachorowania z listy, o której mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z Poważnym Zachorowaniem, które wystąpiło wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
5. W przypadku wystąpienia u Małżonka/Partnera Zawału Serca i Zabiegu Chirurgicznego Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia tylko z jednego z tych Poważnych Zachorowań, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do drugiego z tych Poważnych Zachorowań wygasa.

Wysokość Świadczenia

6. W przypadku wystąpienia u Małżonka/Partnera w Okresie Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania wskazany w § 2 ust. 1 pkt 31), z zastrzeżeniem §37 ust. 2 - 4.
7. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby

§ 26

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, jeżeli rozpoczął się i miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy Pobytem w Szpitalu i Chorobą wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby, z zastrzeżeniem § 37 ust. 2 – 5.
4. Jeżeli Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 27

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli oba te zdarzenia miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW, z zastrzeżeniem § 37 ust. 3 – 5.
4. Jeżeli Pobyt Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW

§ 28

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli oba te zdarzenia miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku Pobytu Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW, z zastrzeżeniem § 37 ust. 3 – 5.
3. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Śmierć Dziecka

§ 29

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Dziecka

Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Dziecka Ubezpieczonego, która nastąpiła z dowolnej przyczyny.

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Dziecka w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Dziecka, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 37 ust. 2 – 4.
3. Jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie osobie uprawnionej wskazanej w § 40 ust. 7, na zasadach określonych w § 40 ust. 7 – 9.

4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Śmierć Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 30

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Dziecka w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Dziecka w wyniku NW, jeżeli oba te zdarzenia wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Dziecka w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Dziecka w wyniku NW, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 37 ust. 3 – 4. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Dziecka.
3. Jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie osobie uprawnionej wskazanej w § 40 ust. 7, na zasadach określonych w § 40 ust. 7 – 9.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Poważne Zachorowanie Dziecka

§ 31

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest wystąpienie w Okresie Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania u Dziecka, które ukończyło 3 miesiące i nie ukończyło 18. roku życia.
2. Z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania, ochroną ubezpieczeniową objęte są niżej wymienione jednostki chorobowe:
 - 1) Oparzenia
 - 2) Cukrzyca Typu I (insulinozależna)
 - 3) Dystrofia Mięśniowa
 - 4) Łagodny Nowotwór Mózgu
 - 5) Niewydolność Nerek
 - 6) Paraliż
 - 7) Choroba Heinego - Medina
 - 8) Poważne Uszkodzenie Mózgu
 - 9) Przeszczep Narządu
 - 10) Schyłkowa Niewydolność Wątroby
 - 11) Ciężka Sepsa
 - 12) Śpiączka
 - 13) Zapalenie Mózgu
 - 14) Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych

z zastrzeżeniem zdarzeń niepodlegających ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania Dziecka, wskazanych w poniżej tabeli:

Poważne zachorowanie	Zdarzenia niepodlegające ochronie ubezpieczeniowej w ramach danego Poważnego Zachorowania
Niewydolność Nerek	Ostra niewydolność nerek, w tym niewydolność powstała wskutek zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.
Łagodny Nowotwór Mózgu	Krwiaki, torbiele, cysty, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki lub rdzenia kręgowego.
Przeszczep Narządu	Przeszczep narządu sztucznego lub fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.
Ciężka Sepsa	Ciężka Sepsa, która spowodowana została przez ekspozycję Dziecka na substancje chemiczne oraz w wyniku zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
Śpiączka	Powstała wskutek Poważnego Zachorowania wskazanego w ust. 1 pkt 1) -11) oraz 13) – 14).

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za dany rodzaj Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 4 - 5.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Dziecka ponownie danego rodzaju Poważnego Zachorowania, które wystąpiło wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.
5. Wystąpienie u Dziecka kolejnego Poważnego Zachorowania z listy, o której mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z Poważnym Zachorowaniem, które wystąpiło wcześniej w Okresie Ubezpieczenia i z tytułu którego zostało już wypłacone Świadczenie.

Wysokość Świadczenia

6. W przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem § 37 ust. 2 – 4.
7. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby

§ 32

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Dziecka w Szpitalu

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, jeżeli rozpoczął się i miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy Pobytem w Szpitalu i Chorobą Dziecka wystąpił bezpośredni związek przyczynowo – skutkowy, z zastrzeżeniem, że Dziecko w dniu Pobytu w Szpitalu ma nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby, z zastrzeżeniem § 37 ust. 2 – 5.
4. Jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku § 33

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Dziecka o w Szpitalu w wyniku NW

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli oba te zdarzenia miały miejsce w Okresie Ubezpieczenia, a pomiędzy nimi wystąpił bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy, z zastrzeżeniem, że Dziecko w dniu Pobytu w Szpitalu ma nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 200 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW w każdym kolejnym Roku Polisy, z zastrzeżeniem, że w przypadku jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW odbywał się na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia maksymalnie za 30 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW na tym oddziale w każdym kolejnym Roku Polisy.

Wysokość Świadczenia

3. W przypadku Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn liczby Dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW i Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW, stanowiącej stawkę za jeden dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW, z zastrzeżeniem § 37 ust. 3 – 5.
4. Jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku NW rozpoczął się w ostatnim Roku Polisy, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w wyniku NW, które miały miejsce po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w ust. 2.
5. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Urodzenie Dziecka § 34

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Urodzenia Dziecka

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest Urodzenie się Ubezpieczonemu żywego lub martwego Dziecka, które miało miejsce w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku Urodzenia żywego Dziecka, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 2.
3. W przypadku Urodzenia martwego Dziecka, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 200% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia martwego Dziecka, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 2.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Urodzenie Wnuka § 35

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Urodzenia Wnuka

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest Urodzenie się Ubezpieczonemu Wnuka, które miało miejsce w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku Urodzenia Wnuka, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia Wnuka, z zastrzeżeniem § 37 ust. 1 – 2.
3. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 - 42.

Śmierć Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera § 36

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera

Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera, która nastąpiła z dowolnej przyczyny.

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera, która miała miejsce w Okresie Ubezpieczenia.

Wysokość Świadczenia

2. W przypadku śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 37 ust. 2 – 4.
3. Jeżeli śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie osobie uprawnionej wskazanej w § 40 ust. 7, na zasadach określonych w § 40 ust. 7 – 9.
4. Do wypłaty Świadczenia stosuje się zasady określone w § 41 – 42.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 37

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy i które nie zostały podane do jego wiadomości lub podano je nieprawdziwie, a w szczególności, gdy została zatajona Choroba Ubezpieczonego (z wyjątkiem przypadku, gdy Umowa została zawarta mimo braku odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela). Powyższe wyłączenie odpowiedzialności dotyczy sytuacji, gdy do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy, które nastąpiło na skutek tych okoliczności, doszło w ciągu trzech lat od dnia początku Okresu Ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w okresie pierwszych miesięcy Umowy

2. W okresie pierwszych 6. miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest tylko do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych w wyniku NW, z zastrzeżeniem, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu:
 - 1) Urodzenia Dziecka, Urodzenia Wnuka - rozpoczyna się po upływie 9. miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia,
 - 2) Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby, Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w wyniku Choroby, Operacji Chirurgicznej, Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby, Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby - rozpoczyna się po upływie 3. miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności dla zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową innych niż Urodzenie Dziecka oraz Urodzenie Wnuka

Poniższe przypadki okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność nie dotyczą Urodzenia Dziecka i Urodzenia Wnuka (§ 34 – § 35).

Poniżej znajdziesz listę okoliczności, które spowodują brak wypłaty jakiegokolwiek ze świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową (za wyjątkiem Urodzenia Dziecka i Urodzenia Wnuka), o ile okoliczności te miały wpływ na zajście tych zdarzeń.

3. W odniesieniu do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy innych niż Urodzenie Dziecka oraz Urodzenie Wnuka (§ 7 - § 33 oraz § 36), Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zdarzenia te spowodowane zostały lub zaszły w następstwie okoliczności wskazanych poniżej, przy uwzględnieniu uczestnictwa w nich Ubezpieczonego lub w zależności od zdarzenia – Małżonka/Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera:
 - 1) wojny, działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroru, aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach, chyba że uczestnictwo w aktach terroru, aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
 - 4) samobójstwa popełnionego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu Ubezpieczenia,
 - 5) wykonywania pracy zawodowej, w której występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje) lub czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe) lub wykonywania pracy zawodowej na wysokości powyżej 10. metrów, prac pod ziemią, prac pod wodą,
 - 6) zatrucia, choroby lub schorzenia spowodowanych spożywaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych - w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanym dalej łącznie środkami odurzającymi), z wyjątkiem zażywania ich zgodnie z zaleceniami lekarza.

Wyłączenia odpowiedzialności dla zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową innych niż śmierć Ubezpieczonego, Urodzenie Dziecka oraz Urodzenie Wnuka

Poniższe przypadki okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność nie dotyczą śmierci Ubezpieczonego (§ 7), Urodzenia Dziecka oraz Urodzenia Wnuka (§ 34 – § 35).

Pamiętaj, że dla zdarzeń wymienionych w poniższym ustępie, zastosowanie będą miały również wyłączenia opisane w ust. 3.

Jeżeli zdarzenia te powstały w wyniku Choroby, należy również uwzględnić zapisy z ust. 2.

4. W odniesieniu do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy innych niż śmierć Ubezpieczonego, Urodzenie Dziecka oraz Urodzenie Wnuka (§ 8 - § 33 oraz § 36), Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zdarzenia te spowodowane zostały lub zaszły w następstwie okoliczności wskazanych poniżej, przy uwzględnieniu uczestnictwa w nich Ubezpieczonego lub w zależności od zdarzenia – Małżonka/ Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera:
 - 1) pozostawania pod wpływem alkoholu (przez co uznaje się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm³) lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza oraz środków odurzających,
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę albo usiłowania popełnienia samobójstwa, bez względu na stan poczytalności,
 - 3) lekomani, chorób lub zaburzeń psychicznych (w tym nerwicy i depresji), niepełnosprawności intelektualnej lub zaburzeń zachowania,
 - 4) wypadku lotniczego, z wyłączeniem przypadku, gdy dana osoba podróżowała jako pasażer licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
 - 5) prowadzenia Pojazdu bez posiadania odpowiednich uprawnień wymaganych przepisami prawa, Pojazdu nie posiadającego aktualnych badań technicznych lub nie dopuszczonego do ruchu lub użytkowania,

- 6) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- 7) wystąpienia chorób zawodowych,
- 8) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- 9) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
- 10) leczenia lub zabiegów leczniczych wykonywanych przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
- 11) odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub nie wykonano badań z innych powodów, a w obu tych przypadkach w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę.

Wyłączenia odpowiedzialności w przypadku Pobytu w Szpitalu

Pamiętaj, że dla zdarzeń wymienionych w poniższym ustępie, zastosowanie będą miały również wyłączenia opisane w ust. 3 - 4.

Jeżeli zdarzenia te powstały w wyniku Choroby, należy również uwzględnić zapisy z ust. 2.

5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń dotyczących Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, o których mowa w § 18 - § 21, Pobytu w Szpitalu Małżonka/Partnera, o których mowa w § 26 - § 28 oraz Pobytu Dziecka w Szpitalu, o których mowa w § 32 - § 33, w przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu:
 - 1) miał miejsce w oddziale lub jednostce sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej albo ośrodka wypoczynkowym, hospicjum, domu opieki, ośrodka albo innej jednostce (niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i podmiotu, który je tworzy i utrzymuje) prowadzącej działalność profilaktyczną, diagnostyczną, leczniczą lub odwykową albo inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych albo alkoholowych, leczenia chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań lub następstw),
 - 2) spowodowany został lub zaszedł w następstwie:
 - a) ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleń, utraty przytomności,
 - b) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - c) rutynowych badań lekarskich, badań okresowych, chyba że przyczyną ich wykonania jest Choroba,
 - d) leczenia lub zabiegów stomatologicznych, chyba że przyczyną ich wykonania jest NW,
 - e) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - f) ciąży i jej powikłań, poronienia, usunięcia ciąży, porodu, położu, z wyjątkiem przypadków, gdy: zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka lub poród miał przebieg patologiczny lub nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
 - g) zabiegów chirurgii kosmetycznej i plastycznej nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - h) pobytu obserwacyjnego, chyba, że był spowodowany NW,
 - i) konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia,
 - j) wystąpienia dyskpatii lub przepuklin jądra miażdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - k) prowadzenia jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - l) leczenia lub operacji, które nie są medyczną koniecznością.

Wyłączenia odpowiedzialności w przypadku Operacji Chirurgicznej

Pamiętaj, że dla zdarzeń wymienionych w poniższym ustępie, zastosowanie będą miały również wyłączenia opisane w ust. 3 - 4.

Jeżeli zdarzenia te powstały w wyniku Choroby, należy również uwzględnić zapisy z ust. 2.

6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji Chirurgicznej (§ 17), w przypadku, gdy zdarzenie to:
 - 1) miało miejsce w:
 - a) oddziale lub jednostce sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej albo ośrodka wypoczynkowym, hospicjum, domu opieki; albo innej jednostce (niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i podmiotu, który je tworzy i utrzymuje) prowadzącej działalność profilaktyczną, diagnostyczną, leczniczą lub odwykową albo inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych albo alkoholowych, leczenia chorób psychicznych, upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań lub następstw),
 - b) w szpitalu, ośrodku lub na oddziale neurologicznym i zostało wykonane po 30. dniu nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu,
 - 2) spowodowane zostało lub zaszło w następstwie:
 - a) leczenia przeprowadzonego w klinice medycyny naturalnej,
 - b) leczenia lub zabiegu operacyjnego, które nie było medyczną koniecznością,
 - c) leczenia lub zabiegu leczniczego innego niż Operacja Chirurgiczna,
 - d) wady wrodzonej lub zaburzeń rozwojowych, lub schorzeń będących ich skutkiem,
 - e) wystąpienia dyskpatii lub przepuklin jądra miażdżystego oraz przepuklin wysiłkowych.

Zaliczanie okresów ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poprzednich umów ubezpieczenia typu pracownicze ubezpieczenie grupowe albo grupa otwarta

7. W przypadku, gdy Ubezpieczony przed zawarciem Umowy był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego albo indywidualnego ubezpieczenia na życie, w tym również zawartej z Ubezpieczycielem (dalej: poprzednia umowa ubezpieczenia), oraz z której zrezygnował nie wcześniej, niż

30 dni przed dniem zawarcia Umowy, wówczas do okresów, o których mowa w ust. 2, zalicza się okres opłacania składek z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem poniższych zasad:

- 1) jeżeli z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia dane zdarzenie było objęte ochroną ubezpieczeniową przez okres co najmniej równy okresowi ograniczenia odpowiedzialności wynikającemu z ust. 2, wówczas w okresie wskazanym w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia potwierdzonej w Polisie, ale nie wyższej, niż wysokość Świadczenia wynikająca z poprzedniej umowy ubezpieczenia,
- 2) jeżeli z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia dane zdarzenie objęte było ochroną ubezpieczeniową przez okres krótszy od okresu wskazanego w ust. 2, wówczas:
 - a) w okresie liczonym od dnia początku Okresu Ubezpieczenia, stanowiącym różnicę pomiędzy okresem ograniczenia odpowiedzialności wskazanym w ust. 2 a okresem obejmowania danego ryzyka ochroną ubezpieczeniową na podstawie poprzedniej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest tylko do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych w wyniku NW, zgodnie z ust. 2,
 - b) po upływie okresu, o którym mowa w pkt a), aż do końca odpowiedniego okresu, o których mowa w ust. 2, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia potwierdzonej w Polisie, ale nie wyższej, niż wysokość Świadczenia wynikająca z poprzedniej umowy ubezpieczenia.

Rozwiązanie Umowy

§ 38

Umowa trwa do dnia wskazanego w Polisie, ale może być rozwiązana wcześniej: w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na skutek decyzji Ubezpieczającego albo zaniechania opłacania składek. Poniżej znajdziesz dokładne informacje na ten temat.

1. Umowa ulega rozwiązaniu w wyniku:
 - 1) odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu,
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 3) złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej Składki Regularnej w pełnej wysokości w terminie 7. dni od dnia zawarcia Umowy – z dniem tego wypowiedzenia,
 - 5) niezapłacenia przez Ubezpieczającego innej, niż pierwsza, Składki Regularnej w pełnej wysokości w dodatkowym 30-dniowym terminie, o którym mowa w § 39 ust. 6, wskazanym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty zaległej Składki Regularnej - z upływem ostatniego dnia tego terminu,
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, określonego Wiek wskazanego w Polisie – z dniem poprzedzającym Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego tego Wiek,
 - 7) upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta – z dniem wskazanym w Polisie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w najwcześniejszym z powyżej wskazanych dni.
3. W przypadku rozwiązania Umowy, Ubezpieczyciel zwraca wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę Regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14. dni od dnia rozwiązania Umowy.

Odstąpienie od Umowy

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni licząc od dnia początku Okresu Ubezpieczenia – wówczas Umowa nie dochodzi do skutku.

4. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 30. dni, licząc od dnia początku Okresu Ubezpieczenia wskazanego w Polisie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30. dni, o którym mowa powyżej, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
5. Odstąpienie staje się skuteczne z dniem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.
6. W przypadku odstąpienia od Umowy, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę Regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14. dni od dnia złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Wypowiedzenie Umowy

7. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie jej trwania.
8. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy w formie pisemnej lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami. Okres wypowiedzenia kończy się z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu.
9. W przypadku wypowiedzenia Umowy, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę Regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14. dni od dnia złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy.

Składka Regularna

§ 39

1. Wysokość Składki Regularnej jest obliczana przez Ubezpieczyciela na podstawie aktualnie obowiązującej u Ubezpieczyciela taryfy, przy uwzględnieniu wybranego przez Ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia, wysokości Sum Ubezpieczenia, wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz Wiek Ubezpieczonego. Wysokość Składki Regularnej jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela w Polisie.

Termin opłacania Składek jest ustalony indywidualnie dla każdej Umowy i zależny jest od dnia początku Okresu Ubezpieczenia. Znajdziesz go w Polisie.

PRZYKŁAD USTALENIA TERMINU OPŁACANIA SKŁADEK

Dzień początku Okresu Ubezpieczenia - 5 maja 2022 r.

Pierwsza Składka Regularna powinna zostać opłacona do dnia 12. maja 2022 r.

Częstotliwość opłacania Składki Regularnej – miesięczna, w związku z tym termin opłacania Składek (drugiej i kolejnych) – 5. dnia każdego miesiąca kalendarzowego.

Oznacza to, że wpłacona przez Ciebie Składka Regularna za okres rozpoczynający się 5. czerwca i kończący się 4. lipca, powinna znaleźć się na naszym rachunku najpóźniej 5. czerwca.

2. Pierwsza Składka Regularna opłacana jest nie później, niż do 7. dnia, licząc od dnia początku Okresu Ubezpieczenia. Brak zapłaty pierwszej Składki Regularnej w powyższym terminie skutkuje wypowiedzeniem Umowy przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym.
3. Kolejne Składki Regularne opłacane są z góry, nie później, niż do pierwszego dnia okresu, za który są należne, z częstotliwością miesięczną.
4. Terminy opłacania pierwszej Składki Regularnej i kolejnych Składek są wskazane w Polisie.
5. Składka Regularna wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela. Za dzień zapłaty Składki Regularnej uznaje się dzień, w którym Składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela w pełnej wysokości należnej za dany okres.

Konsekwencja braku wpłaty Składki Regularnej

Pierwsza Składka Regularna z tytułu Umowy powinna zostać opłacona najpóźniej w ciągu 7. dni od dnia początku Okresu Ubezpieczenia (jeśli tak się nie stanie, Umowa zostanie wypowiedziana ze skutkiem natychmiastowym). Kolejne Składki Regularne powinny być opłacane w terminie opłacania Składek, właściwym dla Umowy i wskazanym w Polisie. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci drugiej lub kolejnej Składki Regularnej w terminie, poprosimy go o uzupełnienie zaległości i wskażemy, w jakim dodatkowym terminie powinien to zrobić. Jeśli nie uzupełni zaległości, Umowa ulegnie rozwiązaniu.

6. Z wyłączeniem pierwszej Składki Regularnej, w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki Regularnej w pełnej wysokości w terminie, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki Regularnej w pełnej wysokości w dodatkowym terminie, kończącym się w 30. dniu, licząc od pierwszego dnia okresu, za który Składka Regularna jest należna oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia Składki Regularnej w dodatkowym terminie.
7. W trakcie danego Roku Polisy, Ubezpieczający ma prawo dokonać zapłaty Składek Regularnych za więcej niż jeden okres, za który należna jest Składka Regularna, maksymalnie za okres do najbliższej Rocznicy Polisy.
8. W przypadku dokonania nadpłaty w wysokości kwoty nie stanowiącej wielokrotności Składki Regularnej lub kwoty nadpłaty wyższej niż wymagana wysokość Składki Regularnej za okres do najbliższej Rocznicy Polisy, pozostała część wpłaconej przez Ubezpieczającego kwoty, która stanowi nadwyżkę, zostanie niezwłocznie zwrócona Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela.

Uposażeni

§ 40

Już we wniosku o zawarcie Umowy można wskazać osoby, które mają otrzymać pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Takie osoby nazywamy Uposażonymi, czyli uprawnionymi do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci. Nie muszą nimi być członkowie rodziny.

1. Prawo do wskazania jednego lub więcej Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić lub odwołać Uposażonego. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego, zawierające datę i podpis osoby uprawnionej do wskazania Uposażonego, wywołuje skutki prawne od dnia jego doręczenia Ubezpieczycielowi.
3. W przypadku wyznaczenia więcej niż jednego Uposażonego, wymagane jest określenie procentowego udziału każdego ze wskazanych Uposażonych w kwocie Świadczenia z tytułu śmierci, z dokładnością do 1%.
4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił procentowego udziału każdego z nich w kwocie Świadczenia, uznaje się, że wszystkie procentowe udziały w wypłacanym Świadczeniu są równe.
5. W przypadku, gdy Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub równocześnie z nim, wskazanie Uposażonego uznaje się za bezskuteczne, a udział zmarłego Uposażonego dolicza się proporcjonalnie do udziału pozostałych wskazanych Uposażonych.

Można również wskazać Uposażonych Zastępczych, którzy otrzymają pieniądze w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Uposażony zmarł albo utracił prawo do otrzymania Świadczenia.

6. Postanowienia ustępów 1 - 5 stosuje się odpowiednio do Uposażonego Zastępczego, z zastrzeżeniem, że prawo do wskazania Uposażonego Zastępczego przysługuje pod warunkiem wskazania co najmniej jednego Uposażonego.

Zasady wypłacania Świadczenia z tytułu śmierci w przypadku, gdyby ani Uposażeni, ani Uposażeni Zastępczy nie zostali wskazani.

7. W przypadku, gdy:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bez wcześniejszego wskazania Uposażonego oraz Uposażonego Zastępczego lub
 - 2) śmierć Małżonka/Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka/Partnera nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego,Świadczenie wypłacane jest na rzecz członków rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 3) rodzice Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 4) rodzeństwo Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, nie wymienieni w pkt 1) – 4), z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa – w częściach równych.
8. W przypadku opisanym w ust. 7, Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest na rzecz osoby wymienionej w kolejnym punkcie wyłącznie w sytuacji, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego lub nie przysługuje jej powyższe Świadczenie na podstawie ust. 9. Za osobę, która nie dożyła śmierci Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła równocześnie z Ubezpieczonym.

9. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W przypadku wskazanym w zdaniu pierwszym stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 5 albo ust. 7-8.

Zasady wypłaty Świadczeń

§ 41

Zdarzenie ubezpieczeniowe można do nas zgłosić:

korespondencyjnie - na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,

pocztą elektroniczną - na adres e-mail wskazany na naszej stronie internetowej www.viennalife.pl,

osobiście - w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,

telefonicznie – poprzez Infolinię: +48 22 460 22 22.

Aktualne dane do kontaktu wskazane są na naszej stronie internetowej www.viennalife.pl

1. Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy jest zobowiązany zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7. dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie był on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Wszelkie dokumenty wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Wypłata nastąpi w ciągu 30. dni od dnia otrzymania zgłoszenia. Jeżeli jednak okoliczności zdarzenia nie będą wystarczająco wyjaśnione, a dokumenty będą nieprawidłowe lub niekompletne, wówczas wypłacimy pieniądze dopiero po ostatecznym ustaleniu naszej odpowiedzialności, ale nie później niż w ciągu 14. dni od momentu wyjaśnienia sprawy.

4. Świadczenie wypłacane jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 30. dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku, gdy w terminie wskazanym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości przysługującego Świadczenia okazałoby się niemożliwe, Świadczenie wypłacane jest w terminie 14. dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże wypłata bezspornej części Świadczenia następuje w terminie określonym w ust. 4.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel poinformuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczającego, jeżeli nie on był osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub części w terminie wskazanym w ust. 4.
7. W przypadku całkowitej lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczającego, jeżeli nie on był osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Dokumenty niezbędne do wypłaty Świadczenia

§ 42

W celu usprawnienia procesu, prosimy o korzystanie z przygotowanych formularzy. Znajdziesz je na naszej stronie internetowej.

1. W zależności od zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostanie ustalona na podstawie poniższych dokumentów:

Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia z tytułu:	
1. Śmierci Ubezpieczonego 2. Śmierci Małżonka/ Partnera 3. Śmierci Dziecka 4. Śmierci Rodzica Ubezpieczonego albo Rodzica Małżonka/ Partnera	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Akt zgonu lub odpis skróconego aktu zgonu (w przypadku gdy śmierć nastąpiła za granicą, akt zgonu lub odpis skróconego aktu zgonu powinien zostać sporządzony zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa państwa, w którym nastąpił zgon) 4. Karta zgonu i dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę zgonu wystawiona przez lekarza lub uprawniony podmiot 5. W przypadku śmierci: a) Partnera – dokument potwierdzający prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu, b) Rodzica Małżonka – odpis skrócony aktu małżeństwa, c) Rodzica Partnera - dokument poświadczający tożsamość Partnera Ubezpieczonego oraz dokument potwierdzający prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego, w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu
1. Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW 2. Śmierci Ubezpieczonego w wyniku WK	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Akt zgonu lub odpis skróconego aktu zgonu (w przypadku gdy śmierć nastąpiła za granicą, akt zgonu lub odpis skróconego aktu zgonu powinien zostać sporządzony zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa państwa, w którym nastąpił zgon)

3. Śmierci Małżonka/ Partnera w wyniku NW 4. Śmierci Dziecka w wyniku NW 5. Śmierci Małżonka/ Partnera w wyniku WK	4. Karta zgonu i dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę zgonu wystawiona przez lekarza lub uprawniony podmiot 5. Dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności NW albo WK np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP 6. W przypadku śmierci Partnera – dokument potwierdzający prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu
Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Akt zgonu lub odpis skróconego aktu zgonu (w przypadku gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła za granicą, akt zgonu lub odpis aktu zgonu powinien zostać sporządzony zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa państwa, w którym nastąpił zgon) 4. Karta zgonu i dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę zgonu wystawiona przez lekarza lub uprawniony podmiot 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu: a) dokumenty potwierdzające istnienie objawów neurologicznych, w szczególności wyniki badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego albo b) protokół badania sekcyjnego (o ile badanie to zostało wykonane), w którym Udar Mózgu został wskazany jako przyczyna zgonu 6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Zawału Serca: a) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, nie występujących uprzednio, zmian w zapisie elektrokardiograficznym, charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego lub b) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium albo c) protokół badania sekcyjnego (o ile badanie to zostało wykonane), w którym Zawał Serca został wskazany jako przyczyna zgonu
Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności NW będącego przyczyną Trwałego Uszczerbku w wyniku NW, np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP 4. Zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji 7. Dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie Trwałego Uszczerbku w wyniku NW, np. wyniki badań, zwolnienia lekarskie, dokumentację medyczną z placówek, w których Ubezpieczony był leczony w związku z Trwałym Uszczerbkiem w wyniku NW
Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Dokumenty potwierdzające wystąpienie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu lub Zawału Serca 4. Zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji 5. W przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Udaru Mózgu - dokumenty potwierdzające istnienie objawów neurologicznych, w szczególności wyniki badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego 6. W przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału Serca: a) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, nie występujących uprzednio, zmian w zapisie elektrokardiograficznym, charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego lub 8. wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium
Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony 4. Dokumenty potwierdzające wystąpienie Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego, np. wyniki badań, zwolnienia lekarskie, dokumentację medyczną z placówek, w których Ubezpieczony był leczony w związku z Całkowitą Niezdolnością do Pracy oraz Samodzielnej Egzystencji, orzeczenie organu rentowego o niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, orzeczenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności w sprawie niepełnosprawności, decyzję organu rentowego o przyznaniu renty stałej (o ile orzeczenia te lub decyzja zostały wydane) 9. Dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności NW, będącego przyczyną Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji, np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP

Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony 10. Opinia lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę Nowotworu Złośliwego oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań histopatologicznych																
Leczenia Specjalistycznego	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 11. Karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis)																
Operacji Chirurgicznej	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 12. Karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis)																
1. Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby 2. Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW 3. Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku WK 4. Pobytu Ubezpieczonego na OIOM w wyniku Choroby lub NW 5. Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby 6. Pobytu Małżonka/Partnera w Szpitalu w wyniku NW 7. Pobytu Małżonka/Partnera na OIOM w wyniku NW 8. Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby 9. Pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku NW	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis) Ubezpieczonego albo Małżonka/Partnera albo Dziecka 4. Jeżeli przyczyną Pobytu w Szpitalu albo Pobytu na OIOM był NW albo WK – dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności NW albo WK, będącego przyczyną Pobytu w Szpitalu albo Pobytu na OIOM, np. Karty Pogotowia Ratunkowego, karty SOR, dokumentacji medycznej, protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury lub sądu, protokołu BHP 5. W przypadku Pobytu w Szpitalu/na OIOM: a) Małżonka – odpis skrócony aktu małżeństwa, b) Partnera – dokument potwierdzający prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu, c) Dziecka – odpis skrócony aktu urodzenia lub skrócony nowy akt urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka																
1. Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego 2. Poważnego Zachorowania Małżonka/Partnera 3. Poważnego Zachorowania Dziecka	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. W przypadku Poważnego Zachorowania: a) Małżonka – odpis skrócony aktu małżeństwa, b) Partnera – dokument potwierdzający prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu, c) Dziecka - odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka 4. Dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony, Małżonek/Partner albo Dziecko był lub jest leczony 5. Dokumenty medyczne dotyczące diagnozowania i leczenia Poważnego Zachorowania 6. W zależności od rodzaju Poważnego Zachorowania, następujące dokumenty potwierdzające jego wystąpienie: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Poważne Zachorowanie</th><th>Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego Zachorowania</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Operacja Aorty</td><td>Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.</td></tr> <tr> <td>Wszczepienie Zastawki Serca</td><td>Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.</td></tr> <tr> <td>Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)</td><td>Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.</td></tr> <tr> <td>Udar Mózgu</td><td>Wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego.</td></tr> <tr> <td>Zawał Serca</td><td>Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono zawał mięśnia sercowego.</td></tr> <tr> <td>Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych</td><td>Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych oraz dokumentacja medyczna potwierdzająca istnienie trwałych następstw i objawów.</td></tr> <tr> <td>Choroba Alzheimerera</td><td>Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono chorobę Alzheimerera oraz dokumentacja medyczna zawierająca wynik testu MMSE oraz potwierdzająca niemożność wykonania przynajmniej 3. czynności dnia codziennego.</td></tr> </tbody> </table>	Poważne Zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego Zachorowania	Operacja Aorty	Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.	Wszczepienie Zastawki Serca	Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.	Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.	Udar Mózgu	Wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego.	Zawał Serca	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono zawał mięśnia sercowego.	Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych oraz dokumentacja medyczna potwierdzająca istnienie trwałych następstw i objawów.	Choroba Alzheimerera	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono chorobę Alzheimerera oraz dokumentacja medyczna zawierająca wynik testu MMSE oraz potwierdzająca niemożność wykonania przynajmniej 3. czynności dnia codziennego.
Poważne Zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego Zachorowania																
Operacja Aorty	Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.																
Wszczepienie Zastawki Serca	Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.																
Zabieg Chirurgiczny Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (by-pass)	Dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji.																
Udar Mózgu	Wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego.																
Zawał Serca	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono zawał mięśnia sercowego.																
Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych oraz dokumentacja medyczna potwierdzająca istnienie trwałych następstw i objawów.																
Choroba Alzheimerera	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono chorobę Alzheimerera oraz dokumentacja medyczna zawierająca wynik testu MMSE oraz potwierdzająca niemożność wykonania przynajmniej 3. czynności dnia codziennego.																

	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przynajmniej 3. czynności dnia codziennego.
	Choroba Parkinsona	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i niemożność wykonania przynajmniej 3. czynności dnia codziennego.
	Oparzenia	Dokumentacja medyczna, zawierającą stopień Oparzenia i procent powierzchni ciała objętego Oparzeniem.
	Sepsa/Ciężka Sepsa	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Sepse/Ciężką Sepse.
	Cukrzyca Typu 1 (insulinozależna)	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie.
	Dystrofia Mięśniowa	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie, w tym wynik badania histopatologicznego biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).
	Łagodny Nowotwór Mózgu	Opis operacji i wynik badania histopatologicznego.
	Łagodny Guz Mózgu	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie oraz – w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego – wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych, w tym wynik badania histopatologicznego.
	Niedokrwistość Aplastyczna	Wynik biopsji aspiracyjnej i trepanobiopsji szpiku.
	Niewydolność Nerek	Dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki.
	Poważne Uszkodzenie Mózgu	Dowód zaistnienia wypadku, którego skutkiem był uraz mózgu oraz dwie opinie niezależnych lekarzy neurologów lub psychiatrów, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta przed i po wystąpieniu uszkodzenia
	Przeszczep Narządu	Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.
	Schyłkowa Niewydolność Wątroby	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Schyłkową Niewydolność Wątroby.
	Stwardnienie Rozsiane	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie wraz z wynikami badania neurologicznego wg skali EDSS.
	Śpiączka	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Śpiączkę oraz dokumentacja medyczna potwierdzająca istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych.
	Utrata Kończyn	Dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji.
	Całkowita Utrata Mowy	Opinia lekarza laryngologa stwierdzająca Utratę Mowy wraz z dokumentacją medyczną.
	Całkowita Utrata Słuchu	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie, w tym badania audiometrycznego lub badania słuchowych potencjałów wywołanych.
	Całkowita Utrata Wzroku	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie wraz z badaniami ostrości wzroku lub pola widzenia lub wzrokowych potencjałów wywołanych.
	Zawodowe/Transfuzyjne Zakażenie Wirusem Ludzkiego Niedoboru Odporności HIV	1. Dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę oraz datę rozpoznania wraz z pozytywnymi wynikami dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV oraz testu Western Blot lub PCR. 2. Dokumenty potwierdzające, że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie: a) transfuzji krwi – w przypadku Transfuzyjnego Zakażenia Wirusem Ludzkiego Niedoboru Odporności HIV b) wykonywania obowiązków zawodowych – w przypadku Zawodowego Zakażenia Wirusem Ludzkiego Niedoboru Odporności HIV.
	Zapalenie Mózgu	Karta informacyjna z pobytu szpitalnego, podczas którego rozpoznano i leczono Zapalenie Mózgu oraz dokumentacja medyczna potwierdzająca istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych.
	Paraliż	Dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie.
	Ciężki Uraz Głowy	Opinia neurologa lub neurochirurga potwierdzającą trwałą niezdolność do wykonywania 3. lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
	Piorunujące Wirusowe Zapalenie Wątroby	Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania.
	Wymiana Zastawki Serca	Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania.

	Choroba Heinego - Medina	Opinia lekarza specjalisty chorób dziecięcych lub zakaźnych, zawierająca rozpoznanie, opis stanu pacjenta i rokowanie wraz z dokumentacją leczenia. Potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 6. tygodniach od wystąpienia Poważnego
Urodzenia Dziecka	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. W przypadku urodzenia: a) żywego Dziecka – odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skróconego nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka b) martwego Dziecka – odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone” oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) matki dziecka z informacją o wieku ciąży	
Urodzenia Wnuka	1. Wniosek o wypłatę Świadczenia 2. Dokument poświadczający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia 3. Kopia dokumentu poświadczającego tożsamość rodzica Dziecka (córkę lub syna Ubezpieczonego) 3. Odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skróconego nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka, w którym córka lub syn Ubezpieczonego jest wskazany jako rodzic Dziecka	

Skargi i reklamacje

§ 43

Swoje zastrzeżenia i reklamacje możesz zgłaszać w różnych formach. Szczegółowe i aktualne informacje na ten temat znajdziesz poniżej i na naszej stronie internetowej.

- Osoba, która złożyła wniosek o zawarcie Umowy, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy, mają prawo do składania reklamacji związanej z zawarciem lub wykonywaniem Umowy przez Ubezpieczyciela.
- Reklamacja może być złożona:
 - na piśmie - na adres siedziby Ubezpieczyciela: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa, przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego,
 - na adres do doręczeń elektronicznych – po jego wpisaniu do bazy adresów elektronicznych,
 - pocztą elektroniczną – na adres e-mail wskazany na stronie internetowej www.viennalife.pl jako właściwy do składania reklamacji,
 - osobiście – w siedzibie Ubezpieczyciela: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,
 - telefonicznie – za pośrednictwem Infolinii: +48 22 460 22 22.
- Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 30. dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30. dni od jej otrzymania, Ubezpieczyciel przekaze w ww. terminie wyjaśnienia dotyczące przyczyny opóźnienia rozpatrzenia reklamacji, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, z zastrzeżeniem, iż nie może on przekroczyć 60. dni od dnia otrzymania reklamacji.
- Ubezpieczyciel przekaze odpowiedź na zgłoszoną reklamację na piśmie. Ubezpieczyciel może przekazać odpowiedź za pomocą poczty elektronicznej, o ile osoba zgłaszająca reklamację złożyła taki wniosek.

§ 44

- Powództwo o roszczenia wynikające z Umów można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, spadkobiercy Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy.
- Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozstrzygania sporów, właściwymi dla Ubezpieczyciela, są: Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny/informacje_ogolne) oraz Rzecznik Finansowy (<https://rf.gov.pl/>).

Aktualizacja danych

§ 45

Pamiętaj o aktualizacji danych osobowych i adresowych, abyśmy zawsze mogli się z Tobą skontaktować.

Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do poinformowania Ubezpieczyciela o każdorazowej zmianie swojego adresu oraz swoich danych osobowych, jak również danych osobowych Uposażonych lub Uposażonych Zastępczych. Nieprzekazanie powyższych informacji może spowodować niemożność dostarczenia lub opóźnienie w dostarczeniu przez Ubezpieczyciela ważnych z punktu widzenia wykonywania Umowy informacji, jak również w inny sposób negatywnie wpłynąć na czynności związane z wykonywaniem Umowy. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za negatywne skutki wynikające z braku możliwości skutecznego powiadomienia Ubezpieczającego, o ile Ubezpieczający nie dopełnił obowiązku aktualizacji danych adresowych i osobowych, o których mowa w zdaniu pierwszym.

Składanie oświadczeń

§ 46

Wnioski i oświadczenia można do nas zgłaszać:

korespondencyjnie - na adres naszej siedziby: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,
pocztą elektroniczną - na adres e-mail wskazany na naszej stronie internetowej www.viennialife.pl,
osobiście - w naszej siedzibie: Al. Jerozolimskie 162A 02-342 Warszawa,
telefonicznie – poprzez Infolinię: +48 22 460 22 22.

Pamiętaj, że w niektórych przypadkach dla Twojego bezpieczeństwa poprosimy o potwierdzenie dyspozycji i złożenie czytelnego podpisu.

Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy wskazanej dla danej czynności, a w przypadku braku takiego wskazania w OWU – formy pisemnej lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami. Wszelkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela, wywierają skutek prawny wobec Ubezpieczyciela z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela, o ile treść OWU nie stanowi inaczej.

Zasady podatkowe

§ 47

Podstawy prawne dotyczące podatków znajdziesz w Polisie.

Zasady opodatkowania świadczeń otrzymywanych z tytułu umowy ubezpieczenia na życie są określone odpowiednio w ustawach o podatku dochodowym od osób fizycznych. Szczegółowe przepisy dotyczące zasad opodatkowania wskazane są w Polisie.

§ 48

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu wszelkich informacji dotyczących Umowy, których obowiązek przekazywania wynika z obowiązujących przepisów prawa, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela. Informacje te są również przekazywane przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, o ile złoży on takie żądanie.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
3. Dla Umów zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 49

Ubezpieczający ma prawo przenieść wierzytelności przysługujące mu z Umowy na inny podmiot, pod warunkiem uzyskania akceptacji Ubezpieczyciela.

§ 50

Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela publikowane są na jego stronie internetowej.

§ 51

1. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu Umowy.
2. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarg nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.

Wejście w życie OWU

§ 52

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „KAPITAŁna GRUPA +” zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 2/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (od 1 października 2024 r. działającą pod firmą Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group) i wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 roku.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

**Załącznik nr 1 do OWU
(USZCZ-241001)**
KAPITAŁna GRUPA+
Tabela Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu

Rodzaj uszkodzenia ciała		Stopień Trwałego Uszczerbku	
I. Uszkodzenia głowy			
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych – wymagające szycia):			
a)	uszkodzenia powłok czaszki blizny do 5 cm dł.	1%	
b)	uszkodzenia powłok czaszki blizny powyżej 5 cm dł. – 10 cm dł.	2%	
c)	znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn – w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm dł.	5%	
d)	oskalpowanie do 10 cm średnicy	8%	
e)	oskalpowanie w zależności od powierzchni – powyżej 10 cm średnicy	10% - 20%	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (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%	
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%	
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%	
Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone jednoznaczne rozpoznanie przez lekarza. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.			
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):			
a)	otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające	60% - 100%	

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
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%
<i>Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).</i>	
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:	
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1%
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość- objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5%
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	70%
b) afazja całkowita motoryczna	35% - 50%
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15% - 30%
d) afazja 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) uszkodzenie częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1% - 9%
b) uszkodzenie całkowite	10%
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) uszkodzenie częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1% - 9%
b) uszkodzenie całkowite	10%
<i>Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49.</i>	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów pokarmowego:	
c) jednostronne	5%
a) 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%
II. Uszkodzenia twarzy	
20. Uszkodzenia powłok twarzy – wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpeczenia):	
a) oszpeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%
b) oszpeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%
c) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%
d) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stałego:	

Rodzaj uszkodzenia ciała										Stopień Trwałego Uszczerbku	
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) aczęściowa (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%	
27. Uszkodzenia narządu wzroku											
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:											
Ostrość wzroku: oko prawe /oko lewe	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9 (9/10)	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8 (8/10)	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7 (7/10)	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6 (6/10)	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5 (5/10)	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4 (4/10)	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3 (3/10)	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2 (2/10)	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%
0,1 (1/10)	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%
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 naczyńiówki jednego oka										wg tabeli z poz. 27. a)	
b) zapalenie naczyńiówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego											
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka											
d) zanik nerwu wzrokowego											
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:											
a) blizny rogówki lub twardówki										wg tabeli z poz. 27. a)	
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)											
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku											
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)										wg tabeli z poz. 27. a)	
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:										wg tabeli z poz. 27. a)	
Zwężenie do		Przy nienaruszonym drugim oku			W obu oczach			Przy ślepotcie drugiego oka			
60°		0%			0%			35%			

Rodzaj uszkodzenia ciała				Stopień Trwałego Uszczerbku
50°	5%	15%		45%
40°	10%	25%		55%
30°	15%	50%		70%
20°	20%	80%		85%
10°	25%	90%		95%
poniżej 10°	35%	95%		100%
33. Połowicze niedowidzenia:				
a)	dwuskroniowe			20% - 50%
b)	dwunosowe			10% - 20%
c)	jednoimienne			20%
34. 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 nie poddających się korekcy zaburzeń ostrości wzroku:				
a)	w jednym oku			wg tabeli z poz. 27. a)
b)	w obu oczach			wg tabeli z poz. 27. a)
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. 27. a)
<i>Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem).</i>				
<i>Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.</i>				
38. Jaskra – ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczy				wg tabeli z poz. 27. a) 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. 27. a)
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a)	zmiany niewielkie			2%
b)	duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27. a)
III. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przyupośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):				
Ucho prawe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10 %	20%	30%	40%
Pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%
<i>Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.</i>				
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%
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:				

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
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%
IV. 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) oszpeceń – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) oszpeceń z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) oszpeceń 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%
<i>Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 88.</i>	
V. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1%
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1% - 5%
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1% - 9%
b) całkowita	10% - 20%
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	2% - 5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5% - 10%
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3% - 5%
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2% - 4%
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5% - 30%
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	20% - 40%

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
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%
VI. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1% - 2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
<i>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.</i>	
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%
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	3% - 10%
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie leczone operacyjnie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4%
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10% - 15%
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50%
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10%
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15%
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych – utrata pęcherzyka żółciowego	5%
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8%
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15%
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20%
VII. 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:	

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10% - 15%
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	10% - 40%
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) – potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5% - 10%
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11% - 20%
80. Utrata prącia	40%
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3% - 15%
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10%
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20%
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5%
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6% - 10%
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35%
b) w wieku powyżej 45 lat	20%
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5%
b) pochwy i macicy	15%
VIII. 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%
IX. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1% - 2%
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowna powyżej 15°)	3% - 5%
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6% - 10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszywnieniem (uszywnienia 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 zeszywnieniem (uszywnienia 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 zeszywnieniem (uszywnienia 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, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	

Rodzaj uszkodzenia ciała		Stopień Trwałego Uszczerbku
a)	przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80% - 100%
b)	niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	50% - 70%
c)	niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	20% - 40%
d)	porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	80%
e)	niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	40% - 60%
f)	niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	10% - 20%
g)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10% - 30%
h)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2% - 5%
X. 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 przerwaniami 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 krzyżowa):		
a)	jednomiejscowe	3%
b)	wielomiejscowe	5%
Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
XI. Uszkodzenia kończyny górnej		
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).		
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ		PRAWALEWA
98. Złamanie łopatki:		
a)	wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2%1%
b)	wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5%3%
c)	wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%6%
d)	złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramiennie-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 ^o z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2%1%
b)	deformacja, uszkodzenia II ^o z ograniczeniem ruchomości do 30%	5%3%
c)	wyraźna deformacja, uszkodzenia III ^o (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8%6%
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:		4%3%

Rodzaj uszkodzenia ciała		Stopień Trwałego Uszczerbku	
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 nie odprowadzone 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%
Staw wiotki z powodu porażen 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) oszpeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm2 powierzchni)		1%	
b) oszpeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm2 powierzchni)		3%	
c) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm2 powierzchni)		5%	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenie ruchomości)		2% - 3%	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm2 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%	
Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.			
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:			
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej		60%	55%
b) przy dłuższych kikutach		55%	50%
113. Uszkodzenia stawu łokciowego – złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:			
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)		2%	1%
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza		4%	3%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia		5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem		8%	6%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką		15%	12%
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:			
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)		15%	12%
b) z barkiem ruchów obrotowych		17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)		25%	22%
115. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia 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

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku	
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
NADGARSTEK		
121. Ograniczenia ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) – w zależności od ustawienia, zakresu ruchów, objawów bólowych i troficznych oraz funkcji palców:		
a) ograniczenie ruchomości do 30% zakresu	2% - 3%	1% - 2%
b) ograniczenie ruchomości powyżej 30% zakresu	3% - 5%	2% - 4%
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55%	50%
123. Całkowite zeszytywnienie 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%	
ŚRÓDRĘCZA	PRAWO	LEWE
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 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
KCIUK	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,		

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku	
przykurcze stawów, zeszytnienie, 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%
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%
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszytnienie, 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	PRAWY	LEWY
131. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) utrata części paliczka		1%
b) utrata palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek		2%
c) utrata 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, zeszytnienia, 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%
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%.		
XII. Uszkodzenia kończyny dolnej		
STAW BIODROWY		
134. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej	60% - 70%	
135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.)		
136. – w zależności od zaburzeń funkcji itp. – oceniać wg punktu 140 poniżej		
137. Zeszytnienie 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%	
138. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkłętarzowych 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%	
139. Przykurcze i zeszytnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5%	
Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.		
UDO		
140. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:		

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
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%
141. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szcicia, 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%
142. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5% - 10%
143. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
144. 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%
<i>Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.</i>	
145. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50% - 70%
KOLANO	
146. 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%
147. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkówek – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscectomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni > 2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
<i>Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprost do 120° dla zgięcia.</i>	
148. 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%
149. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
150. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2%
151. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szcicia, 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%
<i>Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójąłowego tydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.</i>	

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
152. 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	
153. 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 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%
154. 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%
155. 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%
<i>Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.</i>	
156. 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%
157. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:	
a) częściowa utrata – powyżej 30%	10%
b) całkowita utrata	20%
158. 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%
159. 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%
160. 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%
161. 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%
162. Utrata stopy w całości	45%
163. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35%
164. Utrata stopy w stawie Lisfranka	25%
165. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	10% - 15%
PALCE STOPY	
166. Uszkodzenie palucha:	
a) rany wymagające szycia, złamanie bez przemieszczenia	1%

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2% - 3%	
167. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
168. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	8% - 15%	
169. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części – ½ długości	1%	
b) w całości	2%	
170. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	3% - 10%	
171. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3% - 5%	
172. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – za każdy palec	0,5%	
XIII. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
173. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójęłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójęłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20%	10-15%
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25%	10-20%
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1% - 5%	
o) nerwu zasłonowego	2% - 8%	
p) nerwu udowego	2% - 15%	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	2% - 8%	
r) nerwu sromowego wspólnego	3% - 8%	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10% - 40%	
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5% - 20%	
u) nerwu strzałkowego	2% - 10%	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10% - 40%	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1% - 5%	
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).		
174. 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 podwsięrdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%	
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%	
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%	
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%	
175. 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%	

Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień Trwałego Uszczerbku
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczące twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie połowiczne	5%
j) niedowidzenie obu stron	10%
k) nietrzymanie moczu	5%
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10%
m) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5%
n) wzgórzowy zespół bólowy	7,5%
o) dysfagia lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5%
p) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezdolności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
q) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5%
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5%
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5%
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5%
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisanie)	2,5%

Niniejszy dokument został zatwierdzony Uchwałą Nr 2/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (od 1 października 2024 r. działającą pod firmą Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group) i wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 roku.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

**Załącznik nr 2 do OWU
(OPER-241001)**
KAPITALna GRUPA+
 Tabela Operacji Chirurgicznych

Grupa A 100% Sumy Ubezpieczenia	
1. Całkowite wycięcie okrężnicy 2. Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy 3. Całkowite wycięcie pęcherza moczowego 4. Całkowite wycięcie przełyku 5. Całkowite wycięcie trzustki 6. Całkowite wycięcie żołądka 7. Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego 8. Częściowe wycięcie tchawicy 9. Drenaż przestrzeni podoponowej 10. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej 11. Korekcja całkowita tetralogii Fallota 12. Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego płucnego 13. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych 14. Operacja korzenia nerwu rdzeniowego 15. Operacja naprawcza nerwu czaszkowego 16. Operacja naprawcza pękniętej przepony 17. Operacja naprawcza przełyku 18. Operacja naprawcza tętnicy płucnej 19. Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy 20. Operacja szyszynki 21. Operacja ślimaka 22. Operacja tętniaka tętnicy biodrowej 23. Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego) 24. Operacja tętniaka tętnicy udowej 25. Otwarcie czaszki 26. Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego 27. Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń 28. Otwarta walwulotomia 29. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego) 30. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny 31. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego 32. Plastyka aorty 33. Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca 34. Plastyka przedsionka serca 35. Plastyka zastawki tętnicy płucnej 36. Plastyka zastawki trójdzielnej 37. Przeszczep nerwu czaszkowego 38. Przeszczep płuc i serca 39. Przeszczep płuca lub przeszczep serca 40. Przeszczep trzustki 41. Przeszczep wątroby	42. Rekonstrukcja krtani 43. Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej 44. Rekonstrukcja opony twardej 45. Rekonstrukcja tętnicy biodrowej 46. Rekonstrukcja tętnicy nerkowej 47. Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej 48. Rekonstrukcja tętnicy szyjnej 49. Rekonstrukcja tętnicy udowej 50. Rewizja plastyki zastawki serca 51. Rozległa resekcja tkanki mózgowej 52. Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej 53. Usunięcie zmiany opony mózgu 54. Walwuloplastyka aortalna 55. Walwuloplastyka mitralna 56. Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego 57. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego 58. Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda) 59. Wszczepienie protezy kończyny 60. Wycięcie gardła 61. Wycięcie esicy 62. Wycięcie głowy trzustki 63. Wycięcie jelita czczego 64. Wycięcie jelita krętego 65. Wycięcie krtani 66. Wycięcie odbytnicy 67. Wycięcie osierdza 68. Wycięcie płuca 69. Wycięcie przełyku i żołądka 70. Wycięcie przysadki mózgowej 71. Wycięcie tętniaka aortyza 72. Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego 73. Wycięcie zmiany tkanki mózgowej 74. Wymiana aortalnej protezy naczyniowej 75. Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego 76. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji) 77. Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu) 78. Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (operacja na otwartym sercu) 79. Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej 80. Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej 81. Zespoleń omijające przełyku

Grupa B	75% Sumy Ubezpieczenia
---------	------------------------

- | | |
|------|--|
| 82. | Amputacja prącia |
| 83. | Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu |
| 84. | Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu |
| 85. | Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka |
| 86. | Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną |
| 87. | Całkowite wycięcie nerki |
| 88. | Całkowite wycięcie sutka |
| 89. | Częściowe wycięcie żołądka |
| 90. | Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej |
| 91. | Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego |
| 92. | Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego |
| 93. | Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego |
| 94. | Lewostronna hemikolektomia |
| 95. | Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego |
| 96. | Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu |
| 97. | Otwarta koronaroplastyka |
| 98. | Otwarta operacja układu bódźcoprzewodzącego serca |
| 99. | Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego |
| 100. | Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego |
| 101. | Plastyka tchawicy |
| 102. | Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu |
| 103. | Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy |
| 104. | Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną |
| 105. | Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej |
| 106. | Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu |
| 107. | Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu |
| 108. | Przeszczep nerki |
| 109. | Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń |
| 110. | Resekcja poprzecznicy |
| 111. | Rozszerzona prawostronna hemikolektomia |
| 112. | Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca |
| 113. | Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą |
| 114. | Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą |
| 115. | Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca |
| 116. | Wszczepienie stymulatora mózgu |
| 117. | Wycięcie dwunastnicy |
| 118. | Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy |
| 119. | Wycięcie odbytu |
| 120. | Wycięcie opłucnej metodą otwartą |
| 121. | Wycięcie prostaty metodą otwartą |
| 122. | Wycięcie tarczycy językowej |
| 123. | Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą |
| 124. | Wycięcie przytarczyc |
| 125. | Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego |
| 126. | Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju |
| 127. | Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu |
| 128. | Zaćma – usunięcie obustronne |
| 129. | Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego |
| 130. | Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego |
| 131. | Zniszczenie przysadki mózgowej |

Grupa C 50% Sumy Ubezpieczenia

132. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda
 133. Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia
 134. Amputacja nosa
 135. Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu
 136. Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu
 137. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu
 138. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu
 139. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy
 140. Częściowe usunięcie oskrzela
 141. Częściowe wycięcie nerki
 142. Częściowe wycięcie przełyku
 143. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej
 144. Częściowe wycięcie wątroby
 145. Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu
 146. Gastrostomia
 147. Jejunostomia
 148. Korekcja deformacji podniebienia
 149. Korekcja opadania powieki
 150. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego
 151. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy
 152. Nacięcie jajowodu
 153. Nacięcie moczowodu
 154. Nacięcie okrężnicy
 155. Nacięcie nerki
 156. Nacięcie przełyku
 157. Nacięcie przewodu żółciowego
 158. Obustronne wycięcie jąder
 159. Operacja aparatu przedsionkowego
 160. Operacja ciała szklстого
 161. Operacja dotycząca krezki okrężnicy
 162. Operacja dotycząca sieci
 163. Operacja naprawcza błony bębenkowej
 164. Operacja naprawcza innej tętnicy
 165. Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego
 166. Operacja naprawcza powrózka nasienneo
 167. Operacja naprawcza gardła
 168. Operacja naprawcza moczowodu
 169. Operacja naprawcza odbytu
 170. Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy
 171. Operacja przewodu limfatycznego
 172. Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu
 173. Operacja trąbki Eustachiusza
 174. Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu
 175. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą
 176. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego
 177. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej
 178. Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)
 179. Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu
 180. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)
 181. Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze
 182. Operacyjna plastyka oczodołu
 183. Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości
 184. Otwarcie wyrostka sutkowatego
 185. Otwarta operacja ostrogi tchawicy
 186. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości
 187. Protezowanie tchawicy metodą otwartą
 188. Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu
 189. Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu
 190. Przeszczep mięśnia
 191. Przeszczep płata skórnoo z unerwieniem
 192. Przewodowodowiczy plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą
 193. Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowo
 194. Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjno
 195. Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej
 196. Przeznaczyniowa operacja aorty
 197. Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic
 198. Przewodowodowiczy operacja tętnicy płucnej
 199. Przewodowodowiczy operacja dotycząca zastawki serca
 200. Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu
 201. Reimplantacja innego narządu
 202. Reimplantacja kończyny dolnej
 203. Reimplantacja kończyny górnej

204. Reimplantacja moczowodu
 205. Rekonstrukcja kosteczek słuchowych
 206. Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną
 207. Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego
 208. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej
 209. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)
 210. Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy
 211. Rewizja zespolenia jelita krętego
 212. Rewizja zespolenia przełyku
 213. Sympatektomia szyjna
 214. Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy
 215. Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym
 216. Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)
 217. Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu
 218. Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu
 219. Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą
 220. Usunięcie zmiany dróg żółciowych
 221. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą
 222. Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą
 223. Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą
 224. Usunięcie zmiany ucha środkowego
 225. Usunięcie zmiany kości
 226. Usunięcie zmiany oczodołu
 227. Usunięcie zmiany wątroby
 228. Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą
 229. Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą
 230. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)
 231. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą
 232. Wentrykulostomia
 233. Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą
 234. Wszczepienie systemu wspomaganie serca
 235. Wycięcie cewki moczowej
 236. Wycięcie gałki ocznej
 237. Wycięcie innej tętnicy
 238. Wycięcie macicy drogą przezpochwową
 239. Wycięcie moczowodu
 240. Wycięcie pęcherzyka żółciowego
 241. Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego
 242. Wycięcie grasicy
 243. Wycięcie języka
 244. Wycięcie nadnercza
 245. Wycięcie tarczycy
 246. Wycięcie żuchwy
 247. Wyłonienie jelita ślepego
 248. Wytworzenie przetoki przełykowej
 249. Wytworzenie ileostomii
 250. Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą
 251. Zaćma— usunięcie jednostronne
 252. Zamknięta walwulotomia
 253. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
 254. Zespolenie omijające jelita czczego
 255. Zespolenie omijające jelita krętego
 256. Zespolenie omijające dwunastnicy
 257. Zespolenie omijające okrężnicy
 258. Zespolenie omijające przełyk
 259. Zespolenie pęcherzyka żółciowego
 260. Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową
 261. Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)
 262. Złożona operacja na mięśniach okoruchowych

Grupa D 25% Sumy Ubezpieczenia

263. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	334. Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna
264. Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	335. Protezowanie gałki ocznej
265. Brzuszna plastyka ujęcia pęcherza u kobiety	336. Protezowanie jądra
266. Brzuszo-pochwowa plastyka ujęcia pęcherza u kobiety	337. Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu
267. Całkowita rekonstrukcja przodostopia	338. Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu
268. Całkowita rekonstrukcja kciuka	339. Protezowanie ścięgna
269. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	340. Przełożenie ścięgna
270. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	341. Przeszczep płata skóry owłosionej
271. Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	342. Przeszczep płata śluzówki
272. Częściowe wycięcie jajowodu	343. Przeszczep powięzi
273. Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	344. Przeszczep śluzówki
274. Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	345. Przeszczepienie innej tkanki do skóry
275. Drenaż osierdza	346. Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej
276. Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	347. Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej
277. Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	348. Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej
278. Endoskopowa operacja w obrębie ujęcia pęcherza moczowego u mężczyzny	349. Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej
279. Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	350. Przepochwowa operacja ujęcia pęcherza u kobiety
280. Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	351. Przeszkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej
281. Inny stały sposób stymulacji serca	352. Przeszkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego
282. Jednostronne wycięcie jądra	353. Przeszkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego
283. Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	354. Rekonstrukcja powieki
284. Korekcja deformacji wargi	355. Repozycja mięśnia okoruchowego
285. Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	356. Rewizja po zabiegu antyrefluksowym
286. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	357. Rewizja ileostomii
287. Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	358. Rewizja protezy gałki ocznej
288. Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	359. Rozcięcie kąta szpary powiekowej
289. Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	360. Rozdzielenie trzonu kości
290. Nacięcie pęcherzyka żółciowego	361. Siatkowy autoprzeszczep skóry
291. Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	362. Terapeutyczna endoskopowa operacja ujęcia pęcherza u kobiety
292. Nacięcie twardówki	363. Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop
293. Nacięcie oczodołu	364. Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)
294. Nacięcie osierdza	365. Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą
295. Nacięcie rogówki	366. Usunięcie ciała rzęskowego
296. Nacięcie tęczówki	367. Usunięcie mięśnia okoruchowego
297. Nacięcie wątroby	368. Usunięcie zmiany kręgosłupa
298. Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	369. Usunięcie zmiany powięzi
299. Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	370. Usunięcie zmiany prząca
300. Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	371. Usunięcie zmiany twardówki
301. Obustronne sprowadzenie jąder	372. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą
302. Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	373. Usunięcie moszny
303. Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	374. Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą
304. Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	375. Usunięcie zmiany jądra
305. Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	376. Uwolnienie przykurczu mięśnia
306. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	377. Uwolnienie ścięgna
307. Operacja kaletki maziowej	378. Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły
308. Operacja naprawcza cewki moczowej	379. Wszczepienie protezy jajowodu
309. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	380. Wtórne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu metodą otwartą
310. Operacja naprawcza czaszki	381. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości
311. Operacja naprawcza rogówki	382. Wycięcie kości twarzy
312. Operacja pęcherzyków nasiennych	383. Wycięcie nerwu obwodowego
313. Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	384. Wycięcie pochewki ścięgna
314. Operacja wodniaka jądra	385. Wycięcie powięzi brzucha
315. Operacja antyrefluksowa	386. Wycięcie szyjki macicy
316. Operacja najądrza	387. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna
317. Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	388. Wycięcie ucha zewnętrznego
318. Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	389. Wycięcie zmiany nerwu obwodowego
319. Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	390. Wycięcie zmiany odbytu
320. Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	391. Wycięcie zmiany rogówki
321. Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	392. Wycięcie hemoroidów
322. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	393. Wycięcie sromu
323. Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	394. Wycięcie ścięgna
324. Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	395. Wycięcie ślinianki
325. Otwarte chirurgiczne złamanie kości	396. Wycięcie tęczówki
326. Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	397. Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych
327. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wew.	398. Wytworzenie przetoki moczowodowej
328. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewn.	399. Zamknięte nastawienie złamania kości z przeszskórną stabilizacją zewn.
329. Plastyka ucha zewnętrznego	400. Zespolenie przewodu trzustkowego
330. Plastyka nosa	401. Zespolenie przewodu wątrobowego
331. Plastyka rogówki	402. Zespolenie tętniczko-żylnie
332. Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	403. Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej
333. Powiększenie pęcherza	404. Zmiana długości ścięgna
	405. Zniszczenie nerwu obwodowego
	406. Zniszczenie zmiany siatkówki

Grupa E 12,5% Sumy Ubezpieczenia	
407. Amputacja palucha 408. Częściowe wycięcie jajnika 409. Częściowe wycięcie wargi 410. Drenaż otwarty jamy otrzewnej 411. Drenaż ucha środkowego 412. Drenaż kości 413. Drenaż przez okolicę krocza 414. Drenaż ucha zewnętrznego 415. Drenaż węzła chłonnego 416. Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy 417. Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu 418. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową 419. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu 420. Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego 421. Korekcja deformacji podniebienia 422. Korekcja deformacji powieki 423. Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu 424. Nacięcie gruczołu ślinowego 425. Nacięcie kanału pochwy 426. Nacięcie torebki soczewki oka 427. Nacięcie zrostów pochwy 428. Nacięcie języka 429. Nacięcie powieki 430. Nacięcie sutka 431. Ochronne zeszczenie szpary powiekowej 432. Operacja brodawki sutkowej 433. Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą 434. Operacja dotycząca strzępków jajowodu 435. Operacja dotycząca pępka 436. Operacja endoskopowa dotycząca jajnika 437. Operacja gruczołu Bartholina 438. Operacja innego więzadła macicy 439. Operacja kanału łzowego 440. Operacja małżowiny wewnętrznej nosa 441. Operacja na przewodach mlekośnych sutka 442. Operacja naprawcza jajnika 443. Operacja naprawcza pochwy 444. Operacja naprawcza spojówki 445. Operacja nerki przez nefrostomię 446. Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej 447. Operacja plastyczna pochwy 448. Operacja plastyczna prącia 449. Operacja przegrody nosa 450. Operacja struktur okołostawowych palucha 451. Operacja w obrębie zatoki Douglase'a 452. Operacja więzadła szerokiego macicy 453. Operacja zatoki czołowej 454. Operacja zatoki klinowej 455. Operacja żyłaków powrózka nasiennego 456. Operacja łechtaczki 457. Operacja napletka 458. Operacja naprawcza w obrębie sromu 459. Operacja nosa zewnętrznego 460. Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa 461. Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno 462. Operacja w zakresie kikuta po amputacji 463. Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra) 464. Operacja w zakresie ujścia moczowodu 465. Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej 466. Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego 467. Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów 468. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego 469. Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej 470. Pierwotna plastyka przepukliny udowej 471. Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej 472. Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwinięcia stawu 473. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa 474. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego 475. Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej 476. Plastyka nawrotowej przepukliny udowej 477. Plastyka przepukliny pępkowej 478. Plastyka sklepienia pochwy	479. Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej 480. Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu 481. Podwiązanie przewodu ślinowego 482. Poszerzenie przewodu ślinowego 483. Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej 484. Protezowanie prącia 485. Przecięcie osierdza 486. Przeszczepienie przewodu ślinowego 487. Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego 488. Przeszkorna implantacja protezy przewodu żółciowego 489. Rewizja ekspandera w tkance podskórnej 490. Rozdzielenie kości stopy 491. Rozdzielenie żuchwy 492. Stabilizacja żuchwy 493. Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej 494. Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej 495. Terapeutyczna endoskopia innego stawu 496. Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych 497. Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych 498. Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego 499. Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy 500. Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej 501. Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu 502. Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu 503. Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop 504. Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową 505. Usunięcie zmiany pochwy 506. Usunięcie zmiany podniebienia 507. Usunięcie zmiany powieki 508. Usunięcie zmiany spojówki 509. Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową 510. Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową 511. Usunięcie zmiany języka 512. Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu 513. Usunięcie zmiany ślinianki 514. Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego 515. Usunięcie zmiany wargi 516. Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów) 517. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym 518. Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha 519. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym 520. Uwolnienie przykurczu stawu 521. Wprowadzenie ekspandera pod skórę 522. Wtórna operacja naprawcza ścięgna 523. Wyciąg szkieletowy kości 524. Wycięcie ciała rzęskowego 525. Wycięcie kości ektopowej 526. Wycięcie migdałków podniebiennych 527. Wycięcie nadmiaru powieki 528. Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego 529. Wycięcie pochwy 530. Wycięcie zmiany szyjki macicy 531. Wycięcie zmiany otrzewnej 532. Wycięcie zmiany sromu 533. Wycięcie mięśnia 534. Wycięcie nasieniowodu 535. Wycięcie zmiany w obrębie powięzi 536. Wytworzenie zastawki żyły obwodowej 537. Wzmocnienie ścięgna protezą 538. Zniszczenie zmian wątrobowych przeznaczeniowo

Niniejszy dokument został zatwierdzony Uchwałą Nr 2/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (od 1 października 2024 r. działającą pod firmą Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group) i wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 roku.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

Ubezpieczenie kosztów organizacji świadczeń medycznych i leczenia po nieszczęśliwym wypadku oraz telekonsultacji lekarskich

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, Polska, zezwolenie Ministra Finansów z 12 lutego 1990, DMU-006-10-90

Produkt: Pakiet POMOC+

Wiener jest znakiem towarowym należącym do Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group

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 1 i 2 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i jest przeznaczony dla osób, które zawarły Umowę „KAPITAŁna GRUPA+”.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - 2) telekonsultacje lekarskie świadczone przez lekarza rodzinnego, internistę lub pediatrę, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Nagłym Zachorowaniem,
 - 3) telerehabilitacje związane z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
- ✓ Ubezpieczonemu i Osobie Bliskiej przysługuje łączna suma ubezpieczenia na jedno i wszystkie zdarzenia, określona dla poszczególnych kategorii świadczeń wchodzących w skład ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem – maksymalnie 2000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe,
 - 2) telekonsultacje lekarskie świadczone przez lekarza rodzinnego, internistę lub pediatrę, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Nagłym Zachorowaniem – 4 konsultacje na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe,
 - 3) telerehabilitacja związana z Nieszczęśliwym Wypadkiem – łącznie 60 minut wideo konsultacji na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
- ✓ Świadczenia informacyjne w postaci telefonicznej informacji medycznej i infolinii szpitalnej (które nie wchodzi w limit świadczeń).
- ✓ W ubezpieczeniu kosztów organizacji świadczeń medycznych i leczenia po nieszczęśliwym wypadku 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) pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgnarskiej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! W zakresie organizacji i pokrycia kosztów medycznych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, Compensa nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 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;
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, Osoby Bliskiej 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 Compensa ani usługodawców Compensa.
- ! W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej 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 lub Osoby Bliskiej zgody.
- ! Z odpowiedzialności Compensa wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) zdarzeń zaistniałych przed datą rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie jego trwania;
 - 2) zdarzeń zaistniałych z winy umyślnej Ubezpieczonego, albo Osoby Bliskiej lub umyślnego działania osoby, z którą

Ubezpieczony albo Osoba Bliska pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, w tym także skutki usiłowania lub dokonania przestępstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;

- 3) zdarzeń zaistniałych w rezultacie posiadania lub używania materiałów wybuchowych, petard, środków pirotechnicznych i innych podobnie działających środków;
- 4) zdarzeń zaistniałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego oraz wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, demonstracji, lokautów oraz sabotażu, aktów terroru;
- 5) zdarzeń zaistniałych wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni jonizujących, laserowych, maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu oraz skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub napromieniowania;
- 6) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane;
- 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską 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;
- 8) wykonywania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską zadań kaskaderskich, uprawiania sportów motorowych, w szczególności związanych z udziałem w zawodach, treningach, jazdach próbnych i testowych;
- 9) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka;
- 10) udziału Ubezpieczonego albo Osobę Bliską w treningach, zgrupowaniach lub zawodach związanych ze sportami i sztukami walki;
- 11) zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami;
- 12) wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle;
- 13) działania Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem 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.

! W zakresie telemedycyny, Compensa nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) skutki leczenia, porady lub diagnozy, które wynikają z telekonsultacji lekarskiej;
- 2) decyzje podjęte w oparciu o błędne dane i informacje podane przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską w przekazanej dokumentacji lub podczas rozmowy z Centrum Alarmowym;
- 3) informacje, których udzielił Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej lekarz na podstawie niekompletnej lub wprowadzającej w błąd dokumentacji klinicznej;
- 4) skutki tego, że Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie zastosował się do porad Lekarza Centrum Alarmowego.

! Compensa nie ponosi odpowiedzialności za sytuacje uniemożliwiające prawidłowe świadczenie usługi, które są wynikiem działania siły wyższej bądź działania albo zaniechania podmiotu, za który Compensa nie ponosi odpowiedzialności.

! Compensa nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie usługi w sytuacji, gdy nie powiodły się 3 próby kontaktu z Ubezpieczonym albo Osobą Bliską.

! Telekonsultacja lekarska – jako usługa świadczona na odległość – nie stanowi substytutu dla podstawowej opieki zdrowotnej i nie zastępuje konsultacji lekarskiej lub badania lekarskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Telekonsultacja nie powinna stanowić samodzielnej podstawy do podjęcia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską decyzji o rozpoczęciu lub zaprzestaniu leczenia.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony albo Osoba Bliska zobowiązany jest :

- 1) zawiadomić Compensa o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, dzwoniąc pod numer wskazany w Indywidualnej,
- 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 finansowa jest przez Ubezpieczającego.
- Wysokość składki z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej jest obliczana przez Compensa za czas trwania jego odpowiedzialności z tytułu Umowy Grupowej.



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 „KAPITALna GRUPA+”.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy „KAPITALna GRUPA+” lub:
 - 1) wraz z upływem ostatniego dnia w okresie wypowiedzenia Umowy Grupowej przez Compensa. albo Ubezpieczającego,
 - 2) wraz z upływem dnia w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowej,
 - 3) z chwilą wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy Grupowej,
 - 4) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 5) z upływem dnia wskazanego w wezwaniu do zapłaty należnej zaległej składki z tytułu Umowy Grupowej.



Jak rozwiązać umowę?

Oświadczenie dotyczące rozwiązywania umowy powinno być sporządzone na piśmie i dostarczone Compensa za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym.

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, § 5, § 6, § 7, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem	§ 9, § 10, § 12, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telemedycyna	§ 13, § 15, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telerehabilitacja	§ 16, § 17, 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, § 5, § 6, § 7, § 19 ust. 2, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem	§ 9 ust. 2 – 4 oraz ust. 7, § 11, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telemedycyna	§ 13 ust. 4, § 14, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telerehabilitacja	§ 16 ust. 2, § 17 ust. 1, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet POMOC+” (OWU) oznaczonych znakiem towarowym „Wiener”, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group (dalej Compensa) świadczy ochronę ubezpieczeniową dla osób przystępujących do Umowy Grupowa Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Compensą a Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.

DEFINICJE

§ 2

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.

1. We wszelkich dokumentach związanych z przystąpieniem i wykonywaniem Umowy Grupowej, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

Umowa Grupowa

- 1) Umowa „KAPITAŁna GRUPA+” – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie „KAPITAŁna GRUPA+”, w której osobą ubezpieczoną jest Ubezpieczony z tytułu Umowy Grupowej.
- 2) Umowa Grupowa – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta między Ubezpieczycielem a Vienna Life TU na Życie S.A., do której przystąpić mogą jedynie osoby pełniące rolę Ubezpieczonego w ramach Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”.
- 3) Okres Ubezpieczenia – okres liczony w Latach Polisy, rozpoczynający się w dniu zawarcia Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”, a kończący się w dniu jej rozwiązania.
- 4) Rocznicza 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, która jednocześnie pełni rolę Ubezpieczonego w Umowie „KAPITAŁna GRUPA+” i która przystąpiła do Umowy Grupowej.
- 9) Osoba Bliska – Małżonek albo Partner Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego, którzy pełnią odpowiednio rolę Małżonka, Partnera albo Dziecka Ubezpieczonego w ramach Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”.
- 10) Małżonek – osoba, która na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). Małżonek Ubezpieczonego objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowej, o ile jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”.
- 11) Partner – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, niepozostająca w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) z Ubezpieczonym, niespokrewniona i niespowinowacona z nim, z którą Ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostaje w stałym związku, nie będąc jednocześnie w związku małżeńskim. Przez stały związek uznaje się prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu. Partner Ubezpieczonego objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowej, o ile jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”.
- 12) Dziecko – dziecko Ubezpieczonego, własne biologiczne lub przysposobione lub pasierb (jeśli nie żyje jego ojciec lub matka), który pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, które nie ukończyło 18. roku życia. Dziecko Ubezpieczonego objęte jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowej, o ile jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”.

Nieszczęśliwy Wypadek

- 13) Nieszczęśliwy Wypadek – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, wbrew swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, wymagający interwencji medycznej dostępnej w ramach zakresu ochrony.

Definicje związane z ochroną ubezpieczeniową

- 14) Centrum Alarmowe – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług w imieniu Ubezpieczyciela.
- 15) Lekarz Prowadzący – lekarz placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Nieszczęśliwego Wypadku.
- 16) 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.
- 17) Miejsce Pobytu – miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony, znajdujące się na terytorium Polski, z wyjątkiem pobytu w placówce medycznej.
- 18) Miejsce Zamieszkania – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium RP, wskazane we wniosku o realizację świadczeń.
- 19) Nagłe Zachorowanie – stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
- 20) Pierwsza Pomoc Medyczna – pierwsza porada rozpoczynająca 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.

- 21) 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.
- 22) Szpital – zakład opieki zdrowotnej świadczący całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. W rozumieniu niniejszych OWU, za Szpital nie uważa się domów opieki, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień oraz szpitali i ośrodków sanatoryjnych i rehabilitacyjnych.
- 23) Hospitalizacja – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający co najmniej 24 h, od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu, przeprowadzany w celu wykonania badań diagnostycznych lub leczenia.
- 24) 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 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, w których panują ekstremalne warunki klimatyczne albo przyrodnicze, wyprawy w obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 5 500 m. n.p.m.
- 25) Sprzęt Rehabilitacyjny – sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji.
- 26) Wyczynowe uprawianie sportu – to:
 - uprawianie sportu w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych,
 - udział w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych.Nie ma znaczenia, czy Ubezpieczony czerpie dochód z uprawianej dyscypliny sportu.

UMOWA GRUPOWA

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Ochroną ubezpieczeniową objęte są osoby, które pełnią rolę Ubezpieczonego, jak również Osoby Bliskie (Małżonek, Partner albo Dziecko).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Osób Bliskich.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - 2) telekonsultacje lekarskie świadczone przez lekarza rodzinnego, internistę lub pediatrę, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Nagłym Zachorowaniem,
 - 3) telerehabilitacje związane z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest szczegółowo w § 9-17 OWU.
4. Uprawnionym do otrzymania świadczenia w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony albo Osoby Bliskie.
5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaistniały w Okresie Ubezpieczenia.
6. Przewidziane w niniejszych OWU limity świadczeń obowiązują w każdym Roku Polisy.

OKRES TRWANIA UMOWY

§ 4

1. Umowa Grupowa została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi 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 Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

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 „KAPITAŁna GRUPA+”.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy „KAPITAŁna GRUPA+” 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.

PRZYSTĄPIENIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY GRUPOWEJ

§ 6

1. Przystąpienie do Umowy Grupowej następuje na podstawie deklaracji przystąpienia składanej przez Ubezpieczonego wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”.

W przypadku rozwiązania Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”, Ubezpieczony automatycznie występuje z Umowy Grupowej.

SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY GRUPOWEJ

§ 7

1. Składka płatna jest w wysokości i w terminach wskazanych w Umowie Grupowej.
2. Koszt składki finansuje Ubezpieczający.
3. Niezapłacenie przez Ubezpieczającego składki w terminie wskazanym w Umowie Grupowej powoduje wezwanie Ubezpieczającego do zapłaty składki wraz z pouczeniem, iż brak wpłaty składki w terminie 14. dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Ubezpieczonemu i Osobie Bliskiej przysługuje łączna suma ubezpieczenia, określona dla poszczególnych kategorii świadczeń wchodzących w skład ochrony ubezpieczeniowej:
 - a. organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem – maksymalnie 2000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe,
 - b. telekonsultacje lekarskie świadczone przez lekarza rodzinnego, internistę lub pediatrę, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Nagłym Zachorowaniem – 4 konsultacje na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe,
 - c. telerehabilitacja związana z Nieszczęśliwym Wypadkiem – łącznie 60 minut wideo konsultacji na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
2. W ramach świadczeń wymienionych w pkt. 1, Ubezpieczyciel organizuje usługi i pokrywa ich koszty do wysokości nieprzekraczającej wskazanych limitów w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń.

ORGANIZACJA I POKRYCIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W ZWIĄZKU Z NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

§ 9

1. W ramach organizacji i pokrycia kosztów świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonego i Osób Bliskich, Ubezpieczyciel zapewnia świadczenia realizowane za pośrednictwem Centrum Alarmowego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa Nieszczęśliwych Wypadków zaistniałych na terytorium RP i poza granicami RP, z zastrzeżeniem, że sama organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług świadczonych na rzecz Ubezpieczonych i Osób Bliskich za pośrednictwem Centrum Alarmowego dotyczy tylko terytorium RP.
3. Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej przysługują świadczenia wymienione w tabeli poniżej w ramach limitów tam uwzględnionych:

LP.	ZAKRES UBEZPIECZENIA	UWAGI
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE		
1	Telefoniczna Informacja Medyczna	bez limitu
2	Infolinia szpitalna	
POMOC MEDYCZNA		
	KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW	
3	Chirurg	do maksymalnej kwoty 2000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia
4	Okulista	
5	Otolaryngolog	
6	Ortopeda	
7	Kardiolog	
8	Neurolog	
9	Pulmonolog	
10	Lekarz rehabilitacji	
11	Neurochirurg	
12	Psycholog	
	BADANIA I ZABIEGI	
13	Zabiegi ambulatoryjne	organizacja badań i zabiegów, których koszty pokrywa Ubezpieczony
14	Badania laboratoryjne	
15	Tomografia komputerowa (TK)	
16	Rezonans magnetyczny (MRI)	
17	Badania radiologiczne	
18	Badania ultrasonograficzne	
19	Rehabilitacja	organizacja zabiegów i pokrycie kosztów do 500 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie Ubezpieczenia

POMOC OPIEKUŃCZA		
20	Opieka pielęgniarska	organizacja zabiegów i pokrycie kosztów do 500 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie Ubezpieczenia
21	Sprzęt rehabilitacyjny	koszt zakupu albo wypożyczenia oraz dostawy, maksymalnie 500 zł na jedno i wszystkie zdarzenie w Okresie Ubezpieczenia
22	Transport do placówki medycznej	transport do 2000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie Ubezpieczenia
23	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	
24	Transport z placówki medycznej	
25	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	
26	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	
27	Dostarczenie leków	dostarczenie leków zaleconych na podstawie recepty do 500 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie Ubezpieczenia
28	Pomoc domowa po pobycie w szpitalu	organizacja i pokrycie kosztów do 500 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie Ubezpieczenia

- Świadczenia w ramach organizacji i pokrycia kosztów świadczeń medycznych realizowane są po udzieleniu pomocy w ramach pierwszej pomocy medycznej.
- Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowana liczba świadczeń informacyjnych.
- Wszystkie świadczenia wymienione w powyższej tabeli realizowane są do maksymalnej sumy 2000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w danym Roku Polisy, łącznie dla Ubezpieczonego i Osoby Bliskiej.
- Usługa, która przekroczy limit świadczeń wskazany w tabeli wskazanej w ust. 3, może zostać wykonana przez Centrum Alarmowe, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem dla określonego świadczenia.

ŚWIADCZENIA

§ 10

Świadczenia informacyjne

- Telefoniczna Informacja Medyczna – Centrum Alarmowe zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który, według posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej ustnej informacji na temat:
 - Placówek Medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe,
 - Placówek Medycznych działających w publicznym systemie ochrony zdrowia,
 - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek leczenia zamkniętego, rekomendowanych przez Centrum Alarmowe,
 - apteek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - placówek handlowych oferujących Sprzęt Rehabilitacyjny.
- Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium RP szpitali współpracujących z Centrum Alarmowym:
 - dostępności szpitali prywatnych,
 - zakresu świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
 - numerów telefonów do Szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
 - średnich cen usług medycznych w poszczególnych Szpitalach.
- Poinformowanie Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej:
 - o czym należy pamiętać, wybierając się do Szpitala,
 - o czym należy pamiętać, wychodząc ze Szpitala,
 - na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
 - o badaniach, których można się spodziewać w czasie Hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
 - na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w Szpitalu.

Pomoc medyczna

- Konsultacje lekarzy specjalistów – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego - zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej u specjalistów wymienionych w tabeli przedstawionej w § 10 ust. 5. W uzasadnionych przypadkach weryfikowanych przez Centrum Alarmowe wizyta specjalisty może być zrealizowana w formie wizyty domowej.
- Badania i zabiegi:
 - zabiegi ambulatoryjne – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje zabiegi medyczne na rzecz Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej w warunkach ambulatoryjnych,
 - badania laboratoryjne – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje badania laboratoryjne na rzecz Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej,
 - badania radiologiczne – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje badania radiologiczne dla Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej,
 - inne badania i zabiegi, wskazane w tabeli zawartej w § 9 ust. 3,

których szczegółowy wykaz wskazany został w tabeli poniżej:

KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW			
1) chirurg	4) ortopeda	7) pulmonolog	9) neurochirurg
2) okulista	5) kardiolog	8) lekarz rehabilitacji	10) psycholog
3) otolaryngolog	6) neurolog		
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, śródnosowe			
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 (opatrunek 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			
Morfologia krwi obwodowej z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów			
3) Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie			
4) Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie			
5) Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie			
BADANIA RADIOLOGICZNE			
1) Czaszka	9) Stawy barkowo-obończykowe		
2) Klatka piersiowa, jedna projekcja – czołowa PA	10) Kość ramienna		
3) Klatka piersiowa, dwie projekcje – czołowa PA i boczna	11) Staw łokciowy		
4) Układ kostny twarzy w pozycji leżącej na boku)	12) Przedramię		
5) Żebra, jednostronne	13) Ręka		
6) Żebra, obustronne	14) Palec (palce) ręki		
7) Mostek	15) Biodro		
8) Staw lub stawy mostkowo-obończykowe	16) Kość udowa		
BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE			
1) Badanie ultrasonograficzne, klatka piersiowa			
2) Badanie ultrasonograficzne, jama brzuszna			
3) Badanie ultrasonograficzne miednicy			
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)			
REZONANS MAGNETYCZNY (MRI)			
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		9) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ultrafiolet	
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		10) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ultradźwięki	
3) Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) – jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje		11) Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, jonoforeza	
		12) Galwanizacja	
		13) Elektrostymulacja	
		14) Tonoliza	

4) Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, trakcja mechaniczna	15) Prądy diadynamiczne
5) Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów	16) Prądy interferencyjne
6) Kinezjotaping	17) Prądy Kotza
7) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, diatermia	18) Prądy Tens
8) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)	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 (termożele)

Pomoc opiekuńcza:

6. Opieka pielęgniarska – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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 w ramach limitu 500 zł.
7. Sprzęt Rehabilitacyjny – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska, 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 w ramach limitu 500 zł.
8. Transport do Placówki Medycznej – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej 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 w ramach limitu 2000 zł.
9. Transport pomiędzy Placówkami Medycznymi – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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 albo Osoby Bliskiej. Jeżeli Ubezpieczony albo Osoba Bliska jest skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki Medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki Medycznej, w której jest on leczony w ramach limitu 2000 zł.
10. Transport z Placówki Medycznej – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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 w ramach limitu 2000 zł.
11. Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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 albo Osoba Bliska nie może odbyć podróży zwykłym środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym w ramach limitu 2000 zł.
12. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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 albo Osoba Bliska nie może odbyć podróży zwykłym środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz centrum w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym w ramach limitu 2000 zł.
13. Dostarczenie leków – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej 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 albo Osoba Bliska 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 albo Osobę Bliską w ramach limitu 500 zł.
14. Pomoc domowa po pobycie w Szpitalu – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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 albo Osoba Bliska nie ma możliwości skorzystania z obsługi domowników w ramach limitu 500 zł. 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 albo Osoba Bliska).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 11

1. Ubezpieczyciel 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, niepokoju 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 Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, Osoby Bliskiej 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 Ubezpieczyciela ani usługodawców Ubezpieczyciela.
2. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia mające związek z niewyrażeniem przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską pisemnej zgody, o której mowa powyżej.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) zdarzeń zaistniałych przed datą rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie jego trwania,
 - 2) zdarzeń zaistniałych z winy umyślnej Ubezpieczonego, albo Osoby Bliskiej lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony albo Osoba Bliska pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, w tym także skutki usiłowania lub dokonania przestępstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
 - 3) zdarzeń zaistniałych w rezultacie posiadania lub używania materiałów wybuchowych, petard, środków pirotechnicznych i innych podobnie działających środków,
 - 4) zdarzeń zaistniałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego oraz wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, demonstracji, lokautów oraz sabotażu, aktów terroru,
 - 5) zdarzeń zaistniałych wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni jonizujących, laserowych, maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu oraz skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub napromieniowania,
 - 6) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane,
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską 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,
 - 8) wykonywania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską zadań kaskaderskich, uprawiania sportów motorowych, w szczególności związanych z udziałem w zawodach, treningach, jazdach próbnych i testowych,
 - 9) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 10) udziału Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej w treningach, zgrupowaniach lub zawodach związanych ze Sportami i sztukami walki,
 - 11) zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami,
 - 12) wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle,
 - 13) działania Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem 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.
4. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) przebieg i skutki organizowanej przez siebie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji (odpowiedzialność ponosi lekarz oraz inni członkowie personelu medycznego w ramach ustawowej odpowiedzialności zawodowej),
 - 2) skutki niestosowania się przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Centrum Alarmowego,
 - 3) brak możliwości wykonania usług w związku z ograniczeniami wprowadzonymi przez właściwe podmioty władzy publicznej, w szczególności przepisami epidemicznymi, lub decyzjami wydanymi z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczyciela.
5. 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) pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarstwa.
6. 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.
7. W przypadku świadczenia „dostarczenie lekarstw”, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu Rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
9. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie są objęte osoby przewożone w pojeździe w liczbie większej od liczby miejsc określonej w dowodzie rejestracyjnym pojazdu.
10. Ubezpieczyciel 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.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 12

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony albo Osoba Bliska zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednakże niż w terminie 14 dni od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, dzwoniąc pod numer wskazany na dokumencie ubezpieczenia, 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 albo Osoba Bliska zobowiązany jest podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) numer polisy Umowy „KAPITAŁna GRUPA+”,
 - 2) imię, nazwisko, numer pesel osoby ubiegającej się o realizację świadczeń (o ile został nadany); oraz imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli osobą ubiegającą się o realizację świadczenia jest Dziecko Ubezpieczonego,
 - 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, Ubezpieczyciel 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 i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, albo osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest wypełnić i przekazać do Ubezpieczyciela „Wniosek o realizację świadczeń”, do którego dołącza 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 Nieszczęśliwego Wypadku, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań,
 - 3) protokołu policyjnego z miejsca wypadku komunikacyjnego w przypadku, gdy obrażenia ciała powstały w wyniku wypadku komunikacyjnegoww. dokumenty należy przestać do Ubezpieczyciela pocztą tradycyjną lub pocztą elektroniczną na adres: kontakt@wiener.pl.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu opieki medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony albo Osoba Bliska 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.
6. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, 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 albo Osoba Bliska nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki należących do sieci medycznej Centrum Alarmowego lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności, Centrum Alarmowe pisemnie poinformuje Ubezpieczonego albo Osobę Bliską o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej Centrum Alarmowego.
9. Koszty świadczeń z zakresu obsługi medycznej i obsługi opiekuńczej, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w OWU, pokrywane są przez Centrum Alarmowe bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.

TELEMEDYCYNĄ

ŚWIADCZENIA

§ 13

1. Telekonsultacja lekarska u lekarza rodzinnego, internisty lub pediatry obejmuje wywiad, poradę lekarską wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, wystawienie pełnopłatnych e-recept oraz zlecenie odpłatnych badań.
2. Telekonsultacje lekarskie są udzielane przez lekarzy wskazanych przez Centrum Alarmowe, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego.
3. Lekarz podczas telekonsultacji lekarskich może sugerować dalsze postępowanie kliniczne, jednak ostateczny wybór sposobu dalszego leczenia oraz odpowiedzialność za wybór metody leczenia i prowadzenie pacjenta należy do Lekarza Prowadzącego Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej.
4. Ubezpieczony i Osoba Bliska mają prawo łącznie do 4 telekonsultacji w danym Roku Polisy.
5. Jeżeli osoba, której dotyczy telekonsultacja lekarska, jest osobą nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych (m.in. z powodu małoletności), wszystkie czynności dotyczące realizacji usługi odbywają się za pośrednictwem rodziców lub opiekunów prawnych.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) skutki leczenia, porady lub diagnozy, które wynikają z telekonsultacji lekarskiej,
 - 2) decyzje podjęte w oparciu o błędne dane i informacje podane przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską w przekazanej dokumentacji lub podczas rozmowy z Centrum Alarmowym,
 - 3) informacje, których udzielił Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej lekarz na podstawie niekompletnej lub wprowadzającej w błąd dokumentacji klinicznej,
 - 4) skutki tego, że Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie zastosował się do porad Lekarza Centrum Alarmowego.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za sytuacje uniemożliwiające prawidłowe świadczenie usługi, które są wynikiem działania siły wyższej bądź działania albo zaniechania podmiotu, za który Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie usługi w sytuacji, gdy nie powiodły się 3 próby kontaktu z Ubezpieczonym albo Osobą Bliską.
4. Telekonsultacja lekarska – jako usługa świadczona na odległość – nie stanowi substytutu dla podstawowej opieki zdrowotnej i nie zastępuje konsultacji lekarskiej lub badania lekarskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Telekonsultacja nie powinna stanowić samodzielnej podstawy do podjęcia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską decyzji o rozpoczęciu lub zaprzestaniu leczenia.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Telekonsultacje lekarskie udzielane są całodobowo.
2. Korzystanie z telemedycyny wymaga następujących wymagań technicznych:
 - 1) niezbędne jest posiadanie telefonu; dla ułatwienia komunikacji możliwy jest również kontakt za pośrednictwem aplikacji internetowej lub przez e-mail. W związku z tym zalecane jest posiadanie:
 - a) aktywnego adresu e-mail,
 - b) urządzenia z dostępem do sieci Internet z dowolnym systemem operacyjnym umożliwiającym korzystanie z przeglądarki internetowej,
 - c) zainstalowanej przeglądarki internetowej w dowolnej wersji (przy czym wybór wersji może mieć wpływ na jakość połączenia).
3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym, pod numerem telefonu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania telekonsultacji lekarskiej w ciągu 2. godzin od momentu zgłoszenia do Centrum Alarmowego.
5. Przed realizacją telekonsultacji lekarskiej Ubezpieczony albo Osoba Bliska może przesłać drogą mailową lub za pośrednictwem aplikacji internetowej wskazanej przez Centrum Alarmowe dokumentację medyczną dotyczącą jego stanu zdrowia. Po telekonsultacji lekarskiej lekarz może przesłać Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej tą samą drogą skierowanie na płatne badania zalecone przez lekarza lub e-recepty.
6. Za zgodą Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, telekonsultacja lekarska może się odbyć również w formie wideokonsultacji.

TELEREHABILITACJA

ŚWIADCZENIA

§ 16

1. W ramach telerehabilitacji Ubezpieczyciel oferuje wideoporady fizjoterapeuty po zajściu Nieszczęśliwego Wypadku w zakresie kinezyterapii, jaką z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, można wykonywać w warunkach domowych, ze wskazaniem częstotliwości ćwiczeń i przydatnych urządzeń ćwiczeniowych o charakterze niemedyceznym.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie telerehabilitacji ograniczona jest do 60. minut wideoporał łącznie, na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe wyłącznie w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wspólnie dla Ubezpieczonego i Osoby Bliskiej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - 1) porady i ćwiczenia do wykonania w warunkach domowych samodzielnie lub ze wsparciem Osoby Bliskiej mające na celu minimalizowanie lub usuwanie stanów bólowych, w tym bólu głowy, szyi, kręgosłupa, biodra, stawów,
 - 2) porady i ćwiczenia oraz kontrola postępów w rehabilitacji po skręceniach, zwichnięciach i złamaniach,
 - 3) porady i ćwiczenia po wszczepieniu endoprotezy.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Telerehabilitacje udzielane są od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 18.00 oraz w soboty w godz. 10.00 – 14.00, na podstawie zgłoszeń, które mogą następować całodobowo.
2. Korzystanie z telerehabilitacji wymaga następujących wymagań technicznych:
 - 1) posiadanie urządzenia z dostępem do sieci Internet z dowolnym systemem operacyjnym umożliwiającym korzystanie z przeglądarki internetowej,
 - 2) zainstalowanej przeglądarki internetowej w dowolnej wersji (przy czym wybór wersji może mieć wpływ na jakość połączenia).
3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się pod numerem telefonu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania telerehabilitacji w ciągu 24. godzin od momentu zgłoszenia, z uwzględnieniem terminów wskazanych w ust.1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

REKLAMACJE

§ 18

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 COMPENSĘ 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 COMPENSĘ 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, Ubezpieczonego 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.

§ 19

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 obowiązujących przepisy prawa.
2. Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień umowy, 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 sankcje, 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 Ubezpieczyciela 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 13.02.2026 roku.