

Między Nami

Ogólne warunki indywidualnego
ubezpieczenia na życie

Ogólne warunki dodatkowych
ubezpieczeń indywidualnych



Spis treści

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-0115	str. 5
2. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW) BRP-0215	str. 12
3. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GNZ) BRP-0315	str. 13
4. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) BRP-0415	str. 15
5. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU) BRP-0515	str. 17
6. Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku i udaru mózgu lub zawału serca Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group	str. 19
7. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GTZ) BRP-0615	str. 35
8. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPNP) BRP-0715	str. 38
9. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPOP) BRP-0815	str. 40
10. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) BRP-0915	str. 42
11. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego (GPK) BRP-1015	str. 44
12. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) BRP-1115	str. 46
13. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego (GLS) BRP-1215	str. 48
14. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) BRP-1315	str. 50
15. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNPW) BRP-1415	str. 52
16. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ1, GPZ2, GPZ3) BRP-1515	str. 54
17. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) BRP-1615	str. 59
18. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) BRP-1715	str. 67
19. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) BRP-1815	str. 73
20. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) BRP-1915	str. 74
21. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPNM) BRP-2015	str. 75
22. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego dziecka (GUD) BRP-2115	str. 77
23. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka (GOD) BRP-2215	str. 78
24. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka (GZD) BRP-2315	str. 79
25. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) BRP-2415	str. 80
26. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPDS) BRP-2515	str. 81
27. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (GPZD) BRP-2615	str. 83
28. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub teścia (GZR) BRP-2715	str. 85
29. Aneks Nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-0115	str. 87
30. Aneks Nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-0115	str. 88



Szanowni Państwo,

W imieniu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group mam zaszczyt przedstawić Państwu kompleksowy program indywidualnego ubezpieczenia na życie **Między Nami**.

Program **Między Nami** ma na celu zapewnienie Państwu ochrony zdrowia i życia przy zachowaniu atrakcyjnych składek i adekwatnych kwot wypłacanych świadczeń.

Proponowane rozwiązania stanowią nowoczesną alternatywę dla tradycyjnych programów zabezpieczenia socjalnego, jakie funkcjonują na polskim rynku.

Przygotowując ten program Towarzystwo bazowało na wieloletnich doświadczeniach swojego austriackiego akcjonariusza, a także własnych doświadczeniach zdobytych w ciągu wieloletniej działalności ubezpieczeniowej.

Mogę z dumą podkreślić, że proponowany program ubezpieczeniowy wyróżnia się na tle innych ubezpieczeń funkcjonujących na rynku. Konstrukcja produktu daje możliwość stworzenia indywidualnej ochrony ubezpieczeniowej dostosowanej do Państwa potrzeb.

Towarzystwo zapewnia wysoką jakość prezentowanego ubezpieczenia indywidualnego na życie, jak i nowoczesny oraz profesjonalny sposób obsługi umów ubezpieczenia. Dołożymy wszelkich starań, aby realizacja proponowanych przez nas rozwiązań stała się początkiem długotrwałej współpracy, przynoszącej Państwu wymierne korzyści.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych Klientów, zamieściliśmy na stronie internetowej informacje związane z obsługą zawartych umów indywidualnego ubezpieczenia na życie oraz uruchomiliśmy tam przewodnik dla osób zgłaszających roszczenie z tytułu umowy **Między Nami**. Pod adresem http://www.compensa.pl/PL/Szkody/obsługa_swadczen/default.html znajdą Państwo wszystkie potrzebne formularze, wnioski o wypłatę świadczenia oraz listę dokumentów niezbędnych do udokumentowania prawa do świadczenia, a także wskazówki i odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Internetowy przewodnik umożliwia również wydrukowanie potrzebnych formularzy.

Aby możliwie skrócić czas rozpatrywania roszczenia, prosimy o przesyłanie wniosków o wypłatę świadczenia bezpośrednio do Departamentu Świadczeń i Oceny Ryzyka w centrali Towarzystwa. Warunkiem szybkiego rozpatrzenia roszczenia jest przesłanie kompletnej dokumentacji, na którą składa się wniosek o wypłatę świadczenia oraz dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia (określone w OWU i OWDU).

Złożone przez Państwa dokumenty zostaną przekazane do likwidatora. W przypadku, gdy proces rozpatrywania trwa dłużej niż 7 dni, likwidator zajmujący się zgłoszeniem, prześle do Państwa informację o dalszym postępowaniu.

O podjętej decyzji Towarzystwo poinformuje Państwa pisemnie.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości na etapie rozpatrywania roszczenia prosimy o kontakt z **Infolinią 801 120 000** lub bezpośrednio z likwidatorem zajmującym się zgłoszeniem.

Dziękując za obdarzenie nas zaufaniem,
składam wyrazy szacunku,

Piotr Tański
Członek Zarządu

MIĘDZY NAMI OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BRP-0115

§ 1. WSTĘP

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0115 (zwane dalej: OWU) mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie, w których stroną jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwana dalej Towarzystwem i stanowią integralną część Umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia użyte w OWU oznaczają:

- 1. Ubezpieczony** – osoba fizyczna, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 64 lata, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie OWU lub Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń dodatkowych (zwanym dalej OWDU).
- 2. Ubezpieczający** – Ubezpieczony zawierający Umowę ubezpieczenia zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.
- 3. Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczającego, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- 4. Uposażony zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczającego, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w sytuacji, gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego utraciło moc zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 3 zdanie drugie OWU albo stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 5 OWU. Uposażony zastępczy może być wyznaczony przez Ubezpieczającego wyłącznie w przypadku, gdy wskazał on tylko jednego Uposażonego.
- 5. Akt terroryzmu** – planowane i zorganizowane działanie pojedynczych osób lub grup skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu zastraszenia bądź wymuszenia określonych zachowań lub świadczeń od władz państwowych i społeczeństwa, często naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.
- 6. Choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa powyżej, muszą być ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.
- 7. Czynniki zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).
- 8. Dotychczasowa umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego

ubezpieczenia na życie albo umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego, z tytułu której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową do dnia poprzedzającego pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia. W rozumieniu OWU za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko taką umowę grupowego ubezpieczenia na życie lub umowę indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego, która wygasła w dniu poprzedzającym dzień początku Okresu ubezpieczenia.

9. Dzień zapłaty Składki – dzień, w którym kwota Składki została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za okres, za który jest należna.

10. Karencja – okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa przez okres wskazany w OWU lub odpowiednich OWDU, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem Nieszczęśliwych wypadków.

11. Lekomania (inaczej: zależność lekowa lub lekozależność) – uzależnienie od leków, forma toksykomanii, która wywołuje stan psychiczny lub fizyczny, wynikający z interakcji leku i żywego organizmu, charakteryzujący się zmianami zachowania zawsze łącznie z przymusem stałego lub okresowego zażywania leku, w celu doznania oczekiwanego efektu psychicznego lub fizycznego lub w celu uniknięcia zespołu abstynencyjnego związanego z brakiem leku.

12. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

13. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU i odpowiednich OWDU, liczony od dnia potwierdzonego w Polisie, którym jest zawsze pierwszy dzień miesiąca. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek.

14. Pojazd mechaniczny – pojazd kołowy, napędzany silnikiem, służący do transportu ludzi, zwierząt lub przedmiotów oraz do ciągnięcia przyczep lub naczip.

W rozumieniu OWU za Pojazd mechaniczny uważa się:

- a) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.),
- b) pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

15. Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo dla Ubezpieczającego, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki.

16. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³. W rozumieniu OWU uważa się, że dana osoba pozostawała pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tę osobę.

17. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica dnia początku Okresu ubezpieczenia Ubezpieczonego potwierdzonego w Polisie.



18. Rok okresu ubezpieczenia – okres od dnia początku Okresu ubezpieczenia do dnia pierwszej Roczniczy ubezpieczenia oraz każdy okres między kolejnymi Rocznicami ubezpieczenia począwszy od pierwszej Roczniczy ubezpieczenia.

19. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jeruzolimskie 162, 02-342 Warszawa. Ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie agentowi ubezpieczeniowemu działającemu w imieniu i na rzecz Towarzystwa.

20. Składka ubezpieczeniowa (Składka) – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową obejmująca należności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i Ubezpieczeń dodatkowych. Częstotliwość opłacania Składki jest potwierdzona w Polisie.

21. Środki odurzające – środki odurzające lub substancje psychotropowe lub środki zastępcze w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r., poz. 124, z póź. zm.).

22. Świadczenie – kwota przewidziana Umową ubezpieczenia wypłacana przez Towarzystwo z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

23. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

24. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego.

25. Umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem, a Ubezpieczającym na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe i Ubezpieczenia dodatkowe.

26. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

27. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie przewidziane w Umowie ubezpieczenia, którego zaistnienie powoduje powstanie roszczenia o Świadczenie na zasadach określonych w OWU lub odpowiednich OWDU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie oraz zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, lub
2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.

2. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, pomniejszone o wypłacone Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej, z zastrzeżeniem postanowień OWU.

3. W razie wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczo-

nemu Świadczenie w wysokości 50% sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż 30.000 zł, z zastrzeżeniem postanowień OWU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego i jest należne, o ile w dacie wypłaty tego Świadczenia Ubezpieczony żyje.

§ 5. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności może nastąpić za zgodą Towarzystwa na podstawie Ubezpieczeń dodatkowych zawartych w oparciu o odpowiednie OWDU.

2. Wykaz odpowiednich Ubezpieczeń dodatkowych, którymi jest objęty Ubezpieczony w ramach Umowy ubezpieczenia, jest potwierdzony w Polisie.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający proponuje wysokość i częstotliwość opłacania Składki, wysokość sum ubezpieczenia, zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz początek Okresu ubezpieczenia, który jest zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa.

2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU Ubezpieczający był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia należy dołączyć dokument ubezpieczenia potwierdzający obejmowanie Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową zawierający datę początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jej zakres oraz wysokości Świadczeń z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a także dokument potwierdzający wystąpienie Ubezpieczającego z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Po okresie wskazanym w ust. 3 powyżej, Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na okres kolejnego roku na zasadach określonych za porozumieniem stron.

5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o: stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby oraz sposobie spędzania wolnego czasu.

6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i ponadto obejmuje okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

7. Przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania:



- 1) zmiany sumy ubezpieczenia w stosunku do proponowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - 2) przesunięcia dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
 - 3) zastosowania warunków szczególnych, na podstawie których Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta.
8. Każda ze stron może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, również pomimo złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
9. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu Polisé zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, OWU lub OWDU, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, OWU lub OWDU.
10. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisé.
11. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia Polisy przez Towarzystwo, z zastrzeżeniem ust. 12 poniżej.
12. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 9 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
13. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 9 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.
14. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia w Siedzibie Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
15. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacenia pierwszej Składki przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia proponowanym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, na rachunek Towarzystwa wskazany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia potwierdzonym w Polisie lub w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – po upływie terminu na zgłoszenie sprzeciwu wobec wprowadzonych zmian, zgodnie z § 6 OWU.
2. Dniem początku Okresu ubezpieczenia jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa w najbliższym z następujących dni:
- 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
 - 3) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę w pełnej

wysokości i nie zapłacono Składki w pełnej wysokości za kolejny okres z zachowaniem postanowień § 10 OWU.

§ 8. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie następujących czynników:
- 1) wieku osoby wnioskującej o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
 - 2) długości okresu Karencji,
 - 3) wysokości Świadczenia,
 - 4) zakresu ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej jest potwierdzona w Polisie.

§ 9. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK

1. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia Składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki z góry, najpóźniej w 1 dniu okresu, za który jest należna.
3. Ubezpieczający wpłaca Składkę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do Polisy.
4. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze Składką z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 10. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

1. W razie niezapłacenia Składki w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności Składki, Towarzystwo wezwie pisemnie Ubezpieczającego do zapłaty Składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki, o których mowa w ust. 2 poniżej.
2. Jeżeli Składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 11. OKRESOWE OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. Jeżeli Ubezpieczający do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 3-4 poniżej.
3. Jeżeli Ubezpieczający, o którym mowa w ust. 2 powyżej, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia przez okres:
- 1) co najmniej równy okresowi Karencji, to z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia,
 - 2) krótszy niż okres Karencji, to:
 - a) w okresie liczonym od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, stosuje się Karencję na zasadach ogólnych, co oznacza



że Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które w tym okresie wystąpi,

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

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

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

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

4) samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień § 6 ust. 5 OWU, nie zostały podane do jego wiadomości, a w szczególności gdy została zatajona choroba Ubezpieczonego. Jeżeli do naruszenia postanowień § 6 ust. 5 OWU doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy złożeniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

7. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich OWDU, Towarzystwo

nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną na podstawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,

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

3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,

4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy dana osoba podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

5) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem 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, zorbingu, sportów walki lub udziału danej osoby w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,

7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,

8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych,

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

8. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną na podstawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub używaniem Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba Pozostawała pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 12. UPOSAŻENI

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, zarówno przy składaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, jak i w Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczający powinien określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczający określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób wynosi zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczającego.

2. W przypadku gdy Ubezpieczający wskaże tylko jednego



Uposażonego, przysługuje mu prawo wskazania jednego Uposażonego zastępczego. W sytuacji gdy w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej, wówczas prawo do Świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.

3. Wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego może zostać zmienione lub odwołane przez Ubezpieczającego w każdym czasie Okresu ubezpieczenia. Wskazanie Uposażonego zastępczego traci moc w przypadku, gdy Ubezpieczający wskazał jednego Uposażonego i Uposażonego zastępczego, a następnie dokonał wskazania kolejnego Uposażonego bez odwołania uprzednio wskazanego jednego Uposażonego – z dniem doręczenia pisemnego oświadczenia o wskazaniu kolejnego Uposażonego do Siedziby Towarzystwa.

4. Oświadczenie Ubezpieczającego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego lub Uposażonego zastępczego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

5. Wskazanie odpowiednio: Uposażonego lub Uposażonego zastępczego staje się bezskuteczne, jeżeli odpowiednio: Uposażony lub Uposażony zastępczy zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

6. Jeżeli Ubezpieczający wskazał więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregośkolwiek z Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej, wówczas część Świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym, w proporcji wynikającej ze wskazań Ubezpieczającego.

7. Jeżeli Ubezpieczający:

1) nie wskazał Uposażonych lub na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej, albo

2) wskazał jednego Uposażonego, którego wskazanie na dzień śmierci Ubezpieczonego stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej i nie wskazał Uposażonego zastępczego, albo

3) wskazał jednego Uposażonego i Uposażonego zastępczego, których wskazanie na dzień śmierci Ubezpieczonego stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej,

wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:

a) małżonek zmarłego,

b) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

c) wnuki zmarłego,

d) rodzice zmarłego,

e) rodzeństwo zmarłego,

f) dzieci rodzeństwa zmarłego.

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

§ 13. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

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

3. Towarzystwo po otrzymaniu oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu część zapłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa.

2. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo możliwe jest w wypadkach wskazanych w kodeksie cywilnym.

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

4. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 15. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

1) na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,

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

3) w związku z upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta,

4) w sytuacji określonej w § 10 ust. 2 OWU, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie – z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 16. Wypłata świadczeń

1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia za pośrednictwem poczty lub osobiście w Siedzibie Towarzystwa lub, w miarę możliwości, poprzez zgłoszenie roszczenia przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl. Wniosek, o którym mowa w zdaniu drugim dostępny jest na stronie internetowej www.compensa.pl, oraz u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu i na rzecz Towarzystwa, jak i w Siedzibie Towarzystwa, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Uposażonego lub Uposażonego Zastępczego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym



zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentu tożsamości lub poprawnie wypełniony formularz wypisu z dokumentu tożsamości znajdujący się na stronie internetowej Towarzystwa,

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

3) w przypadku zgonu Ubezpieczonego:

a) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

b) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego.

4) w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

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

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

c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej,

5) w przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej – diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy odpowiedniej specjalizacji potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy, jak również dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej – kopie wyników badań radiologicznych, histopatologicznych lub laboratoryjnych, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępnie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego,

6) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile dokonanie wypłaty Świadczenia ma nastąpić na rachunek bankowy.

4. Dokumenty, o których mowa powyżej, powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.

5. Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia.

6. Towarzystwo może zwrócić się także o tłumaczenia przedstawionych

dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na terytorium innego państwa niż Rzeczpospolita Polska.

7. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

8. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje albo przysługuje w innej wysokości niż wnioskowana przez osobę uprawnioną do Świadczenia, Towarzystwo poinformuje ją o tym na piśmie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia wraz z pouczeniem o trybie odwołania się od decyzji Towarzystwa.

9. Do osób uprawnionych do Świadczenia zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania obowiązek określony w ust. 4 powyżej w zakresie przedłożenia dokumentów wskazanych w ust. 3 powyżej jako oryginałów lub jako kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza i w tym zakresie ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który jest dostępny na stronie Towarzystwa, z zastrzeżeniem że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia.

§ 17. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo zmniejsza Świadczenie wypłacane z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

3. Wypłacenie Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku zapłaty Składki w dotychczasowej wysokości.

§ 18. DOKONYWANIE ZMIAN UMOWY UBEZPIECZENIA, ZAWIADOMIEN I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony Umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie, z zastrzeżeniem że strony Umowy ubezpieczenia mogą dokonywać zawiadomień i oświadczeń w inny sposób, na który Ubezpieczający wyraził zgodę.

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

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.

4. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczającego wymaga jego zgody.

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



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

§ 19. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W NINIEJSZYCH OWU

Do Umów ubezpieczenia stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 20. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo odwołania się od tej decyzji. Odwołanie w formie pisemnej kieruje się na adres Siedziby Towarzystwa. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia odwołania i udzielenia pisemnej odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie okoliczności związanych z decyzją stało się możliwe. W trakcie rozpatrywania odwołania Towarzystwo może domagać się dostarczenia dodatkowych dokumentów, mogących uzasadnić zmianę decyzji.

2. Niezależnie od zachowania trybu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, na zasadach określonych w kodeksie cywilnym i kodeksie postępowania cywilnego.

3. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do Świadczenia.

4. W przypadku skarg lub zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego lub osobę uprawnioną do Świadczenia, można je kierować do Siedziby Towarzystwa, celem ich rozpatrzenia. Właściwa jednostka organizacyjna

Towarzystwa jest zobowiązana w ciągu 30 dni od daty otrzymania skargi lub zażalenia zająć stanowisko w sprawie i przekazać je na piśmie odpowiednio – Ubezpieczającemu lub osobie uprawnionej do Świadczenia.

5. Niezależnie od trybów rozpatrywania odwołań, skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1 - 4 powyżej, Ubezpieczającemu lub osobie uprawnionej z Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo złożenia skargi do:

- 1) Rzecznika Ubezpieczonych,
- 2) Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 21. INFORMACJA PODATKOWA

1. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 ze zm.), w brzmieniu:

„Wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych (...);”

2) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 ze zm.), w brzmieniu:

„Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”

§ 22. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW) BRP-0215

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0215 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia używane w OWDU otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GNZ) BRP-0315

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca o symbolu BRP-0315 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego albo Udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcijnego. W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),
- b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),
- c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
- e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- g) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- h) skutków choroby dekompresyjnej,
- i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

2) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

- a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
 - iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,
 - iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub
- b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

- i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,
- ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,
- iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych. W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się również zawału, który nie został stwierdzony w protokole badania sekcijnego – w przypadku śmierci przed wykonaniem badania EKG lub badania aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- 1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
- 2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.



3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła z którejkolwiek przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub była skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:

1) śmierci w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych, wyniki badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego oraz protokół badania sekcyjnego, o ile badanie sekcyjne zostało wykonane,

2) śmierci w następstwie Zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym, charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,

d) protokół badania sekcyjnego, o ile badanie zostało wykonane.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK) BRP-0415

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0415 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.).

2) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym.

W rozumieniu OWDU za Pojazd lądowy nie uważa się:

a) pojazdów używanych do celów specjalnych,

b) motocykli,

c) motorowerów,

d) innych pojazdów jednośladowych,

chyba że Ubezpieczony uległ Wypadkowi komunikacyjnemu jako pieszy.

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

4) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

5) **Wypadek komunikacyjny** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległ Ubezpieczony jako pieszy albo pasażer bądź kierujący którymkolwiek z tych pojazdów.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, jeżeli Pojazd albo Statek morski lub śródlądowy albo Statek powietrzny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, chyba że stan techniczny Pojazdu, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

3. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU.


§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU)

BRP-0515

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0515 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u Ubezpieczonego trwałe, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

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

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu załączonej do OWDU oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

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

c) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 powyżej Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

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

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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

4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu



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

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

6. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



TABELA OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. 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	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	1-10	
5. Porażenie i niedowład połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100	
b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	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	P	L
0°	40	30
1 – 2°	30-35	20-25
3 – 4°	5-20	5-15
kończyna dolna – wg skali Lovett'a		
0°	40	
1 – 2°	30	
3 – 4°	5-15	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60	
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10	
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):		
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30-40	
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-30	
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20	
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10	



Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25

Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry)

10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:	
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami 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) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10

15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10

Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, polykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	
a) jednostronne	5
b) obustronne	15

17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10

18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10

19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	1-9
---	-----

B. Uszkodzenia twarzy

20. Uszkodzenia powłok twarzy – wymagające szcicia (blizny i ubytki, oszpecenia):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10



e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5
22. Całkowita utrata zęba stałego:	
a) siekacza lub kła – za każdy ząb	2
b) pozostałych zębów	1
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8-10
b) całkowita	30
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-20
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	21-30
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	4-10
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	11-30
d) całkowita utrata języka	40
C. Uszkodzenia narządu wzroku	

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

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

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

b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wytuszczeniem 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:	wg tabeli z poz. 27a
a) rozdarcie naczyńówki jednego oka	
b) zapalenie naczyńówki 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 b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z poz. 27a			
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z poz. 27a			
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:				
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka	
60°	0	0	35	
50°	5	15	45	
40°	10	25	55	
30°	15	50	70	
20°	20	80	85	
10°	25	90	95	
poniżej 10°	35	95	100	
33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe			20-50	
b) dwunosowe			10-20	
c) jednoimienne			20	
34. 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 korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
a) w jednym oku			wg tabeli z poz. 27a	
b) w obu oczach			wg tabeli z poz. 27a	
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku			1-8	
b) w obu oczach			5-12	
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z poz. 27a	
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.				
38. Jaskra – ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z poz. 27a i 32	
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia				
a) Jednostronny			30	
b) Obustronny			60	
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej			wg tabeli z poz. 27a	
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a) zmiany niewielkie			2	
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27a	
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):				
Ucho prawe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) rany małżowiny usznej – wymagające szycia			1	
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)			2-5	
c) utrata jednej małżowiny			15	



44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):	wg tabeli z poz. 42
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):	
a) jednostronne	1-5
b) obustronne	6-10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):	
a) jednostronne	5-10
b) obustronne	11-20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)	wg tabeli z poz.42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz.42
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b) dwustronne	20-60
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5
b) znaczne upośledzenie połykania lub artykulacji	6-15
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5-20
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	15-40
b) z bezgłosem	50
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10
b) z niewydolnością oddechową – potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11-50
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5-20
b) odżywianie tylko płynami	21-40
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia)	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1
b) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm ²) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 88.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet	
a) częściowa	1-9
b) całkowita	10-20



59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii	
a) złamanie jednego żebra	1
b) złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	2-5
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10
60. Złamanie mostka	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	3-5
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc:	20-40
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5
b) z objawami niewydolności układu krążenia – I stopień wg NYHA	10
c) z objawami niewydolności układu krążenia – II stopień wg NYHA	20
d) z objawami niewydolności układu krążenia – III stopień wg NYHA	21-30
e) z objawami niewydolności układu krążenia – IV stopień wg NYHA	31-60
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji – po leczeniu operacyjnym	4
b) zaburzenia średniego stopnia	8
c) zaburzenia dużego stopnia – z niewydolnością oddechową	15
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem 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 zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40
b) jelita grubego	30
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	3-10
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościennie 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 zewnętrznej i wewnętrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – leczone operacyjnie)	5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	10-40
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) – potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20
80. Utrata prącia	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3-15
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35
b) w wieku powyżej 45 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5
b) pochwy i macicy	15
I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15°.)	3-5
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (uszczywnienia 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 kręgow z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (usztywnienia operacyjne)	6-10
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym z:	
a) skręcenia, 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 kręgow z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20 % zakresu ruchomości	6-10
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2
b) złamania mnogie wyrostków	3-5
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu	+5
94. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch laszek	50-70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce	20-40
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	80
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	40-60
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	10-20
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5
K. Uszkodzenia miednicy	
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a) leczone zachowawczo	3-5
b) leczone operacyjnie	6-10
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5
b) w odcinku przednim obustronnie	8
c) w odcinku przednim i tylnym (typ 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

Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych

L. Uszkodzenia kończyny górnej

OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ

Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.



Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej)

	P	L
98. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2	1
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości pow. 30%	8	6
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczam 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° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2	1
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8	6
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	+4	+3
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
	P	L
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 bez przemieszczenia	5	4
d) złamania wieloodłamowe z 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
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych		
106. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	18	15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25	20
107 Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+5	+5
108. Utrata kończyny w barku	70	65
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75	70
110. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3	2
b) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6	4
c) z przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 20°, skróceniem > 3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15	12
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5	+5
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) ospzeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)		1
b) ospzeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)		3
c) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)		5



d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)	2-3
e) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

Uwaga! Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójkątowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% TU.

I 12. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60	55
b) przy dłuższych kikutach	55	50

ŁOKIEC

I 13. 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 bez przemieszczenia	5	4
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	8	6
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15	12

I 14. 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

I 15. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20	5-20
---	-------	------

I 16. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji I 13-I 15, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	+5	+5
---	----	----

PRZEDRAMIĘ

I 17. 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) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5	4
c) 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

I 18. 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

I 19. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji I 17-I 18, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	+5	+5
--	----	----

I 20. 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

I 21. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikutu i jego przydatności do oproteżowania	55	50
--	----	----

I 22. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15	



123. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:			+5
SRÓDRĘCZE			
124. Złamania kości śródreżca:			
a) I lub II kości śródreżca (za każdą kość):			
– bez przemieszczenia			2
– z przemieszczeniem			3
b) III, IV i V kości śródreżca (za każdą kość):			
– bez przemieszczenia			1
– z przemieszczeniem			2
125 Uszkodzenie tkanek miękkich śródreżca (rany wymagające szycia powyżej 3 cm., mięśni, ścięgien, naczyń)			
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)			1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)			2
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)			1
KCIUK			
126. Utraty w obrębie kciuka:	P	L	
a) utrata całkowita opuszki	2	1	
b) utrata części paliczka paznokciowego	4	3	
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8	7	
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego – poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	12	10	
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	17	15	
127. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:			
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2	1	
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4	3	
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8	7	
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10	12	
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.			
PALEC WSKAZUJĄCY			
128. Utraty w obrębie palca wskazującego:			
a) utrata całkowita opuszki	2	1	
b) utrata części paliczka paznokciowego	4	3	
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6	5	
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8	7	
e) utrata trzech paliczków	12	10	
f) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20	15	
129. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:			
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5	1	
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3	2	
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5	4	
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8	7	
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY			
130. Utrata całego paliczka lub części paliczka:			
a) utrata części paliczka			1
b) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek			2
c) palca piątego – za każdy paliczek			1,5
131. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca			+4
133. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, protezy, itp.) – powodujące:			
a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%			1
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%			2



c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%	3
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	4

Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

STAW BIODROWY

I33. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	60-70
I34. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp. – oceniać wg punktu I39	
I35. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-40
I36. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przekrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15
I37. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5

Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.

UDO

I38. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15
I39. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
I40. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10
I41. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5
I42. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji I38-I41, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40

Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji I42 nie może przekroczyć 60%.

I43. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70
--	-------

KOLANO

I44. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw – w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4



b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.,	15
d) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego	20
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15
I 45. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscectomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni > 2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.,	15
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostów do 120° dla zgięcia.	
I 46. 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 b. 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
I 47. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5
I 48. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2
I 49. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) – leczone operacyjnie	5
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga! Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego tydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% TU.	
I 50. 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 mierzac od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	35-45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
I 51. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, ran wymagających szycia – pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10
I 52. 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
I 53. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu I 59	
I 54. 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
I 55. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki	
a) częściowa – powyżej 30%	10
b) całkowita	20
I 56. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenie ruchomości	1
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5
I 57. 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
I 58. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji I 51, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	+5
I 59. 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
I 60. Utrata stopy w całości	45
I 61. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35
I 62. Utrata stopy w stawie Lisfranka	25
I 63. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	10-15
PALCE STOPY	
I 64. Uszkodzenie palucha:	
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3
I 65. Utrata palucha:	
a) paliczka paznokciowego	4
b) utrata całego palucha	8
I 66. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	8-15
I 67. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:	
a) w części – 1/2 długości	1
b) w całości	2
I 68. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	3-10
I 69. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
I 70. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – za każdy palec	0,5



N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	P	L
171. 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 trójkątowego ramienia	5-30	5-20
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójkątowego 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
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25	10-20
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1-5
n) nerwu zasłonowego		2-8
o) nerwu udowego		2-15
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		2-8
r) nerwu sromowego wspólnego		3-8
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		10-40
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		5-20
u) nerwu strzałkowego		2-10
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego		10-40
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		1-5
Uwaga: Według pozycji 171 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).		
172. 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 podwierzdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji		5
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego		10
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej		15
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca		5
173. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:		
a) niedowład jednej kończyny		3.5
b) paraliż jednej kończyny		5
c) niedowład dwóch kończyn		8.5
d) paraliż dwóch kończyn		12
e) niedowład trzech lub czterech kończyn		16
f) paraliż trzech lub czterech kończyn		20
g) niedowład dotyczące twarzy		5
h) porażenie dotyczące twarzy		10
i) niedowidzenie połowicze		5
j) niedowidzenie obustronne		10
k) nietrzymanie moczu		5
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca		10
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury		2.5
m) wzgórzowy zespół bólowy		7.5
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)		5



o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2.5
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2.5
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisania)	2.5

Uwaga: W Ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie jedynie punkty I – 171.

W Ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca mają zastosowanie punkty I-173.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GTZ) BRP-0615

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca o symbolu BRP-0615 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0515 (GTU).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u Ubezpieczonego trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

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

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu załączonej do OWDU oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

2) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

3) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie



Udaru mózgu lub Zawału serca wystąpił w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca miał miejsce w następstwie lub w związku z:
 - 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - 2) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.
6. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 5 powyżej, Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca Ubezpieczonego zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.
8. W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
 - 1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 2) kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 3) w przypadku Trwałego uszczerbku w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
 - 4) w przypadku Trwałego uszczerbku w następstwie Zawału serca:
 - a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
 - b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
 - c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.
3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:
 - 1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca,
 - 2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca podejmowana 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. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości, bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.
5. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.
6. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

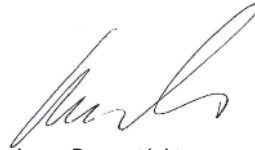
§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
 - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,
- 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPNP) BRP-0715

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0715 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nie nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0815 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu na oddziale dziennym,
- b) pobytu dziennego.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
- 4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
- 2) nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełno-objawowego AIDS,
- 3) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
- 4) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- 5) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- 6) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
- 7) leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- 8) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - a) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
 - b) poród miał przebieg patologiczny, lub
 - c) nastąpiły komplikacje porożu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
- 9) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- 10) zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,
- 11) pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,
- 12) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- 13) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie

od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,

4) hospicjum,

5) domu opieki,

6) ośrodka wypoczynkowym,

7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

3. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

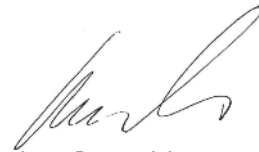
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (GPOP) BRP-0815

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0815 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nie nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0715 (OWDU GPNP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu niniejszych OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu w Szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- b) pobytu na oddziale dziennym,
- c) pobytu dziennego.

2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) **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. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, oraz

2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby.

2. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego przewidzianej na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

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

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

4. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego przewidzianej na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, potwierdzonej w Polisie, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Okres Karencji w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu w szpitalu



w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
 - 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
 - 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
 - 4) hospicjum,
 - 5) domu opieki,
 - 6) ośrodka wypoczynkowym,
 - 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.
5. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:
- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - 2) nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełno-objawowego AIDS,
 - 3) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
 - 4) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 5) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - 7) leczeniem następstw skażenia jonizującego,
 - 8) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - a) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
 - b) poród miał przebieg patologiczny, lub
 - c) nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
 - 9) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 10) zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej

lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,

11) pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,

6. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno ze Świadczeń, o których mowa § 4 ust. 2 i 4 OWDU.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu w Szpitalu w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

8. W przypadku Pobytu w Szpitalu na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu w Szpitalu na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby,
- 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM) BRP-0915

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM o symbolu BRP-0915 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0815 (OWDU GPDP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPDP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Pobyt na OIOM** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu na OIOM uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za pobyt na OIOM nie uważa się pobytu Ubezpieczonego na oddziałach kardiologicznych, neurologicznych i diabetologicznych, nawet jeżeli w stosunku do Ubezpieczonego podjęto stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – oddział Szpitala, 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. W rozumieniu OWDU 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

zyciowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

4) **Zasiłek dzienny** – Świadczenie wypłacane za każdy dzień Pobytu na OIOM w wysokości potwierdzonej w Polisie.

5) **Zasiłek jednorazowy** – Świadczenie wypłacane w formie jednorazowego ryczałtu za każdy rozpoczęty Pobyt na OIOM, w wysokości potwierdzonej w Polisie.

6) **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. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego na OIOM Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci Zasiłku dziennego albo w postaci Zasiłku jednorazowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.

2. W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) Pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

3. W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

§ 5 WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- 1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
- 2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka pobytu na OIOM w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU lub § 5 ust. 5 OWDU GPOP.

4. W przypadku kilkukrotnego Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w ramach danego, trwającego nieprzerwanie pobytu w Szpitalu, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Towarzystwo wypłaca Świadczenia w przypadku Zasiłku dziennego – w sumie za nie więcej niż 14 dni Pobytu na OIOM w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

3. Wyboru wypłacanego Świadczenia, tj. w postaci Zasiłku dziennego albo Zasiłku jednorazowego, dokonuje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Rodzaj wypłacanego Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest potwierdzony w Polisie.

4. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt na OIOM w następstwie Choroby,

4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującego pobyt na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GPK) BRP-1015

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-1015 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0815 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Wypadku komunikacyjnego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

3) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.).

4) **Wypadek komunikacyjny** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległ Ubezpieczony jako pieszy albo pasażer bądź kierujący którymkolwiek z tych pojazdów.

5) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym. W rozumieniu OWDU za Pojazd lądowy nie uważa się:

a) pojazdów używanych do celów specjalnych,

b) motocykli,

c) motorowerów,

d) innych pojazdów jednośladowych,

chyba że Ubezpieczony uległ Wypadkowi komunikacyjnemu jako pieszy.

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

7) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego jest pierwszym Pobylem Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego,

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego rozpoczął się nie później niż w ciągu 14 dni od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego,

5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek

z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowym,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, jeżeli Pojazd albo Statek morski lub śródlądowy albo Statek powietrzny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, chyba że stan techniczny Pojazdu, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

4. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego

lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego, miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - 2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Wypadkiem komunikacyjnym,
 - 4) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego Pobytu w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za pierwsze 14 dni tego Pobytu w Szpitalu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN)

BRP-1115

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1115 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0815 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu na oddziale dziennym,
- b) pobytu dziennego.

3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Rekonwalescencji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 14 dni,
- 3) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego, miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowym,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego, miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialności Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

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

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - 2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 4) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danej Rekonwalescencji jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za nie więcej niż 30 dni danej Rekonwalescencji.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie za nie więcej niż 90 dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.
6. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
 - 2) kopię zwolnienia lekarskiego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
 - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
 - 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO (GLS) BRP-1215

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego o symbolu BRP-1215 mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWU oznaczają:

1) Leczenie specjalistyczne – obejmuje zastosowanie wobec Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów medycznych określonych w pkt 2)-7) poniżej.

2) Chemioterapia – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.

3) Radioterapia – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.

4) Terapia interferonowa – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz stwardnienia rozsianego.

5) 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.

6) Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) – zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, z wyłączeniem zabiegów wykonanych w prewencji pierwotnej, tj. bez wcześniejszych epizodów udokumentowanego nagłego zatrzymania krążenia.

7) Ablacja – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.

8) Zastosowanie Leczenia specjalistycznego – obejmuje w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:

a) podanie pierwszej dawki leku – w przypadku Chemioterapii i Terapii interferonowej,

b) podanie pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii,

c) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,

d) wszczepienie rozrusznika serca,

e) wykonanie ablacji.

9) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA

i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godziną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2. Pojęcia niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie zastosowania Leczenia specjalistycznego wobec Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Zastosowania leczenia specjalistycznego, z zastrzeżeniem postanowień OWU.

2. Towarzystwo wypłaci Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, pod warunkiem, że Zastosowanie Leczenia specjalistycznego miało miejsce w Szpitalu.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek leczenia specjalistycznego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w ramach danego Leczenia specjalistycznego do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby zastosowanych Leczeń specjalistycznych w ramach tego samego Leczenia specjalistycznego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Leczenia specjalistycznego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W razie jednoczesnego zastosowania Radioterapii i Chemioterapii Towarzystwo wypłaci tylko jedno Świadczenie.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do wypłaty Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego

następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

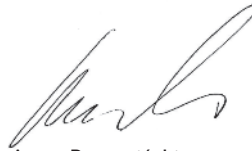
1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

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

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZE ŚWIADCZENIEM APTECZNYM (GPSA) BRP-1315

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym BRP-1315 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0815 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Świadczenie jednorazowe** – świadczenie wypłacane w formie jednorazowego ryczałtu w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, na zakup leków w aptece.

2) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego, po którego zakończeniu pojawiła się konieczność zakupu leków w aptece. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu na oddziale dziennym,
- pobytu dziennego.

3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

4) **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. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz położu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie jednorazowe, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.

2. W przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni,
- Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. W przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek konieczności zakupu leków po pobycie w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce w:

- szpitalu psychiatrycznym,
- szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,



3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,

4) hospicjum,

5) domu opieki,

6) ośrodka wypoczynkowym,

7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 3 razy w danym Roku okresu ubezpieczenia.

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek

powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej konieczność zakupu leków po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby,

4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej konieczność zakupu leków po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW) BRP-1415

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1415 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – stan zdrowia Ubezpieczonego spełniający łącznie następujące warunki: całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz do samodzielnej egzystencji, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji uznaje się pierwszy dzień całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, potwierdzony w orzeczeniu wydanym przez podmiot uprawniony do orzekania o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia u niego Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji, opisanej w ust. 2 powyżej, Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz orzeczenie wydane przez uprawniony podmiot, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do orzekania o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz do samodzielnej egzystencji, wraz z wynikami badań i dokumentacją medyczną, które były podstawą wydania tego orzeczenia.

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,



4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna

Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WARIANT STANDARDOWY (GPZ1), WARIANT PLUS (GPZ2), WARIANT MAX (GPZ3) BRP-1515

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-1515 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może dotyczyć wyłącznie jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZ1) określonego w § 4, obejmującego Poważnie zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-9), albo

2) wariantu plus (GPZ2) określonego w § 5, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-19), albo

3) wariantu max (GPZ3) określonego w § 6, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-29).

3. Postanowienia OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2 powyżej, mają zastosowanie do obu wariantów.

4. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Wystąpienie Poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

2) **Poważne zachorowanie** – wystąpienie w zdrowiu Ubezpieczonego któregośkolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 3)-9), albo dla wariantu plus w pkt 3)-19), albo dla wariantu max w pkt 3)-29).

3) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

4) **Operacja aorty** – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

a) gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem,

b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,

c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,

d) przezskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.

5) **Przeszczep narządu** – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego,

serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

6) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości (np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego),

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

7) **Wszczepienie zastawki serca** – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu OWDU za Wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

a) operacji naprawczej,

b) rekonstrukcji zastawki,

c) plastyki zastawki,

d) walwulotomii.

8) **Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu OWDU za Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),

b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,

c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,

d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

9) **Zawał serca** – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:



i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załawkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

10) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Całkowitej utraty mowy o podłożu psychogennym.

11) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan Całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

12) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

13) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu niesklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. W rozumieniu OWDU za Łagodne guzy mózgu nie uważa się krwakiów, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane Łagodnym guzem mózgu.

14) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN I-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM, (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głębię ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka ≥ 4),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3 ,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

15) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”.

16) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania 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 charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

17) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 3)-16) powyżej i 18)-29) poniżej 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Ubezpieczonego leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

18) 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Ubezpieczony jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

19) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Ubezpieczony jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

20) 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. W rozumieniu OWDU za Wymianę zastawki serca nie uważa się:

- a) naprawy zastawki serca,
- b) walwulotomii,
- c) walwuloplastyki.

21) Paraliż – całkowita nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub choroby. Paraliż musi mieć charakter trwały.

22) Choroba Alzheimera przed 65 rokiem życia – jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera (demencja przedstarca) przed 65 rokiem życia, musi zostać potwierdzone przez specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki Choroby Alzheimera i demencji oraz udokumentowana wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu).

23) Niedokrwistość aplastyczna – jednoznaczne rozpoznanie niewydolności szpiku kostnego potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane wynikiem biopsji szpiku kostnego. 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.

W rozumieniu OWDU za niedokrwistość aplastyczną nie uważa się: izolowanej aplazji linii erytropoetycznej.

24) Choroba Creutzfeldta-Jakoba – rozpoznanie musi być uznane za “prawdopodobne” zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej choroby Creutzfeldta-Jakoba:

- a) postępująca demencja,
- b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,
- c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) i/lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),
- d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy.

Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego – branie kąpeli/prysznic, ubieranie się, higiena osobista, mobilność, jedzenie/picie, kontrola zwieraczy – albo musi skutkować koniecznością nadzoru i stałej obecności personelu medycznego.

W rozumieniu OWDU za chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się Jatrogennej i rodzinnej postaci choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz wariantu choroby Creutzfeldta-Jakoba.

25) Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby – ostra i podostra martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca szybko do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę oraz wynikami badań wykazującymi spełnienie co najmniej trzech z poniższych warunków:

- a) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
- b) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
- c) narastająca żółtaczka,
- d) encefalopatia wątrobowa,
- e) rozległa martwica rozplywna.

W rozumieniu OWU za piorunujące zapalenie wątroby nie uważa się nosicielstwa wirusowego zapalenia wątroby.

26) 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.

27) Ciężki uraz głowy – Ciężki uraz głowy, powodujący zaburzenia pracy mózgu, którego rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę oraz udokumentowana 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.

28) Sepsa – Uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.

29) Choroba Parkinsona – jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej choroby Parkinsona (wykluczeniu podlegają wszystkie pozostałe postacie parkinsonizmu) przed 65 rokiem życia, które musi być potwierdzone przez specjalistę. Choroba 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.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.



§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZ1)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-9) OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZ2)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-19) OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 6. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE MAX (GPZ3)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-29) OWDU, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 7. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek poważnego zachorowania z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie miało miejsce w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe, wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego wystąpiło w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zawału serca, jeżeli jest to drugi lub kolejny Zawał serca w życiu Ubezpieczonego w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 9) OWDU.
6. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Poważnego

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

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

8. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia tego Poważnego zachorowania, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

9. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 8 powyżej Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 8. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:
 - 1) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,
 - 2) Operacji aorty – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,
 - 3) Przeszczepu narządu – dowody przeszczepienia,
 - 4) Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
 - 5) Wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,
 - 6) Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,
 - 7) Zawału serca:
 - a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
 - b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
 - c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
 - 8) Całkowitej utraty mowy – opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawioną nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
 - 9) Całkowitej utraty słuchu – opinię otolaryngologa potwierdzającą



całkowity i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

10) Całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

11) Łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,

12) Nowotworu złośliwego – dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

13) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,

14) Stwardnienia rozsianego:

a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,

b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,

15) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach trwania Śpiączki,

16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające, że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi.

17) Zawodowego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

18) Wymiany zastawki serca – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,

19) Paraliżu – dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych, zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie,

20) Choroby Alzheimerera przed 65 rokiem życia – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby,

21) Niedokrwistości aplastycznej:

a) opinię lekarza hematologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby,

b) wynik morfologii krwi (liczba reticulocytów ≤ 20000 na milimetr sześcienny, neutrofili ≤ 500 na milimetr sześcienny, płytek krwi ≤ 20000 na milimetr sześcienny),

c) wynik biopsji aspiracyjnej i trepanobiopsji szpiku,

22) Choroby Creutzfeldta-Jakoba – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania.

23) Piorunującego wirusowego zapalenia wątroby – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania.

24) Utraty kończyn – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania.

25) Ciężkiego urazu głowy – opinię neurologa lub neurochirurga potwierdzającą trwałą niezdolność do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

26) Sepsy – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania.

27) Choroby Parkinsona – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania.

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

§ 9. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat.

§ 10. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC) BRP-1615

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-1615 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Hospitalizacja** – udokumentowany, stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym Szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego.

2) **Operacja chirurgiczna** – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, o której mowa w pkt 4) poniżej, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Ubezpieczonym, przez uprawnionego do tego, na podstawie przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym Szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium Szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w Okresie ubezpieczenia i miał na celu leczenie skutków Choroby lub następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością Hospitalizacji.

3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

4) **Tabela operacji chirurgicznych** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 2) powyżej Operację chirurgiczną, umieszczone w § 4 OWDU, zawierające katalog Operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości Świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu Operacji chirurgicznej, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

5) **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. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz położu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Grupa A 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

Lp.	Nazwa procedury	
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	A
12	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	A
13	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	A
14	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	A
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
16	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
17	Operacja naprawcza przełyku	A
18	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
19	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	A
20	Operacja szyszynki	A
21	Operacja ślimaka	A
22	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	A
23	Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego)	A
24	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	A
25	Otwarcie czaszki	A
26	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	A
27	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	A
28	Otwarta walwulotomia	A
29	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	A



30	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	A	81	Zespolecie omijające przelyku	A
31	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	A	82	Zespolecie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
32	Plastyka aorty	A	Grupa B 75% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
33	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	A	83	Amputacja prącia	B
34	Plastyka przedsionka serca	A	84	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	B
35	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A	85	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	B
36	Plastyka zastawki trójdzielnej	A	86	Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka	B
37	Przeszczep nerwu czaszkowego	A	87	Całkowita rekonstrukcja sutka	B
38	Przeszczep płuc i serca	A	88	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	B
39	Przeszczep płuca	A	89	Całkowite wycięcie nerki	B
40	Przeszczep trzustki	A	90	Całkowite wycięcie sutka	B
41	Przeszczep wątroby	A	91	Częściowe wycięcie żołądka	B
42	Rekonstrukcja krtani	A	92	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
43	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A	93	Katarakta – usunięcie obu stron	B
44	Rekonstrukcja opony twardej	A	94	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	B
45	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A	95	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
46	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A	96	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
47	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A	97	Lewostronna hemikolektomia	B
48	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A	98	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
49	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A	99	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
50	Rewizja plastyki zastawki serca	A	100	Otwarta koronaroplastyka	B
51	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A	101	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	B
52	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A	102	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
53	Usunięcie zmiany opony mózgu	A	103	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
54	Walwuloplastyka aortalna	A	104	Plastyka tchawicy	B
55	Walwuloplastyka mitralna	A	105	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną	B
56	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	A	106	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	B
57	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	A	107	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	B
58	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	A	108	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	B
59	Wszczepienie protezy kończyny	A	109	Proteżowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	B
60	Wycięcie gardła	A	110	Proteżowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	B
61	Wycięcie esicy	A	111	Przeszczep nerki	B
62	Wycięcie głowy trzustki	A	112	Przeszkorna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	B
63	Wycięcie jelita czczego	A	113	Resekcja poprzeczniczy	B
64	Wycięcie jelita krętego	A	114	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
65	Wycięcie krtani	A	115	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	B
66	Wycięcie odbytnicy	A	116	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	B
67	Wycięcie osierdzia	A	117	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	B
68	Wycięcie płuca	A	118	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	B
69	Wycięcie przelyku i żołądka	A	119	Wszczepienie stymulatora mózgu	B
70	Wycięcie przysadki mózgowej	A	120	Wycięcie dwunastnicy	B
71	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	A	121	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	B
72	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A	122	Wycięcie odbytu	B
73	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	A	123	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B
74	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	A	124	Wycięcie prostaty metodą otwartą	B
75	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	A			
76	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A			
77	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu)	A			
78	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (operacja na otwartym sercu)	A			
79	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	A			
80	Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A			



125	Wycięcie przytarczyc	B
126	Wycięcie tarczycy językowej	B
127	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	B
128	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	B
129	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	B
130	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	B
131	Zewnętrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	B
132	Zewnętrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	B
133	Zniszczenie przysadki mózgowej	B

Grupa C 50% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

134	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
135	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
136	Amputacja nosa	C
137	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	C
138	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	C
139	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	C
140	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	C
141	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	C
142	Częściowe usunięcie oskrzela	C
143	Częściowe wycięcie nerki	C
144	Częściowe wycięcie przełyku	C
145	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
146	Częściowe wycięcie wątroby	C
147	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
148	Gastrotomia	C
149	Jejunostomia	C
150	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
151	Korekcja deformacji podniebienia	C
152	Korekcja opadania powieki	C
153	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	C
154	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	C
155	Nacięcie jajowodu	C
156	Nacięcie moczowodu	C
157	Nacięcie nerki	C
158	Nacięcie okrężnicy	C
159	Nacięcie przełyku	C
160	Nacięcie przewodu żółciowego	C
161	Obustronne wycięcie jąder	C
162	Operacja aparatu przedsionkowego	C
163	Operacja ciała szklanego	C
164	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	C
165	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	C
166	Operacja dotycząca sieci	C
167	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
168	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
169	Operacja naprawcza gardła	C
170	Operacja naprawcza innej tętnicy	C
171	Operacja naprawcza moczowodu	C
172	Operacja naprawcza odbytu	C
173	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C

174	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C
175	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
176	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	C
177	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	C
178	Operacja przewodu limfatycznego	C
179	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
180	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
181	Operacja trąbki Eustachiusza	C
182	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	C
183	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	C
184	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	C
185	Operacyjna plastyka oczodołu	C
186	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
187	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
188	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
189	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
190	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	C
191	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	C
192	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
193	Przeszczep mięśnia	C
194	Przeszczep płyta skórny z unerwieniem	C
195	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	C
196	Przeznaczeniowa operacja aorty	C
197	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	C
198	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	C
199	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	C
200	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	C
201	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	C
202	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	C
203	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	C
204	Reimplantacja innego narządu	C
205	Reimplantacja kończyny dolnej	C
206	Reimplantacja kończyny górnej	C
207	Reimplantacja moczowodu	C
208	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
209	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
210	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
211	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
212	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
213	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	C
214	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
215	Rewizja zespolenia przełyku	C
216	Sródbrzusne manipulacje na jelicie krętym	C
217	Sródbrzusne manipulacje na okrężnicy	C
218	Sympatektomia szyjna	C
219	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
220	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
221	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C



222	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C	273	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
223	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	C	274	Częściowe wycięcie jajowodu	D
224	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	C	275	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
225	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	C	276	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	D
226	Usunięcie zmiany kości	C	277	Drenaż osierdza	D
227	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	C	278	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	D
228	Usunięcie zmiany oczodołu	C	279	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
229	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	C	280	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
230	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	C	281	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	D
231	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	C	282	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	D
232	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	C	283	Inny stały sposób stymulacji serca	D
233	Usunięcie zmiany ucha środkowego	C	284	Jednostronne wycięcie jądra	D
234	Usunięcie zmiany wątroby	C	285	Kątowe okolostawowe rozdzielenie kości	D
235	Wentrykulostomia	C	286	Korekcja deformacji wargi	D
236	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	C	287	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	D
237	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	C	288	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
238	Wycięcie cewki moczowej	C	289	Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
239	Wycięcie gałki ocznej	C	290	Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
240	Wycięcie grasicy	C	291	Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	D
241	Wycięcie innej tętnicy	C	292	Nacięcie oczodołu	D
242	Wycięcie języka	C	293	Nacięcie osierdza	D
243	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	C	294	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	D
244	Wycięcie moczowodu	C	295	Nacięcie rogówki	D
245	Wycięcie nadnercza	C	296	Nacięcie tęczówki	D
246	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	C	297	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	D
247	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	C	298	Nacięcie twardówki	D
248	Wycięcie tarczycy	C	299	Nacięcie wątroby	D
249	Wycięcie żuchwy	C	300	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
250	Wyłonienie jelita ślepego	C	301	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
251	Wytworzenie ileostomii	C	302	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
251	Wytworzenie przetoki przełykowej	C	303	Obustronne sprowadzenie jąder	D
253	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C	304	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
254	Zamknięta walwulotomia	C	305	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
255	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C	306	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	D
256	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	C	307	Operacja antyrefluksowa	D
257	Zespolenie omijające dwunastnicy	C	308	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	D
258	Zespolenie omijające jelita czczego	C	309	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	D
259	Zespolenie omijające jelita krętego	C	310	Operacja kaletki maziowej	D
260	Zespolenie omijające okrężnicy	C	311	Operacja najądrza	D
261	Zespolenie omijające przełyk	C	312	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
262	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C	313	Operacja naprawcza czaszki	D
263	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C	314	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
264	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C	315	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	D
Grupa D 25% sumy Ubezpieczenia dodatkowego			316	Operacja naprawcza rogówki	D
265	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	D	317	Operacja pęcherzyków nasiennych	D
266	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	D	318	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
267	Brzuszną plastyką ujścia pęcherza u kobiety	D	319	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	D
268	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D	320	Operacja wodniaka jądra	D
269	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D		Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
270	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D	321		
271	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	D			
272	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	D			



322	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D	370	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	D
323	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	D	371	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
324	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D	372	Usunięcie moszny	D
325	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	D	373	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	D
326	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	D	374	Usunięcie zmiany jądra	D
327	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D	375	Usunięcie zmiany kręgosłupa	D
328	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D	376	Usunięcie zmiany powięzi	D
329	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D	377	Usunięcie zmiany prząca	D
330	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D	378	Uwolnienie przykurczu mięśnia	D
331	Plastyka nosa	D	379	Uwolnienie ścięgna	D
332	Plastyka rogówki	D	380	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	D
333	Plastyka ucha zewnętrznego	D	381	Wszczepienie protezy jajowodu	D
334	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	D	382	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
335	Powiększenie pęcherza	D	383	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	D
336	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D	384	Wycięcie hemoroidów	D
337	Protezowanie gałki ocznej	D	385	Wycięcie kości twarzy	D
338	Protezowanie jądra	D	386	Wycięcie nerwu obwodowego	D
339	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	D	387	Wycięcie pochewki ścięgna	D
340	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	D	388	Wycięcie powięzi brzucha	D
341	Protezowanie ścięgna	D	389	Wycięcie sromu	D
342	Przełożenie ścięgna	D	390	Wycięcie szyjki macicy	D
343	Przeszczep płata skóry owłosionej	D	391	Wycięcie ścięgna	D
344	Przeszczep płata śluzówki	D	391	Wycięcie ślinianki	D
345	Przeszczep powięzi	D	393	Wycięcie tęczówki	D
346	Przeszczep śluzówki	D	394	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
347	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D	395	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
348	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	D	396	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	D
349	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	D	397	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	D
350	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	D	398	Wycięcie zmiany odbytu	D
351	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	D	399	Wycięcie zmiany rogówki	D
352	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D	400	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
353	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	D	401	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	D
354	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	D	402	Zespolenie przewodu trzustkowego	D
355	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	D	403	Zespolenie przewodu wątrobowego	D
356	Rekonstrukcja powieki	D	404	Zespolenie tętniczko-żylnie	D
357	Repozycja mięśnia okoruchowego	D	405	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	D
358	Rewizja ileostomii	D	406	Zmiana długości ścięgna	D
359	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	D	407	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
360	Rewizja protezy gałki ocznej	D	408	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
361	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D	Grupa E 12,5% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
362	Rozdzielenie trzonu kości	D	409	Amputacja palucha	E
363	Siatkowy autoprzeszczep skóry	D	410	Częściowe wycięcie jajnika	E
364	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D	411	Częściowe wycięcie wargi	E
365	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	D	412	Drenaż kości	E
366	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D	413	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
367	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D	414	Drenaż przez okolicę krocza	E
368	Usunięcie zmiany twardówki	D	415	Drenaż ucha środkowego	E
369	Usunięcie ciała rzęskowego	D	416	Drenaż ucha zewnętrznego	E
			417	Drenaż węzła chłonnego	E
			418	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	E



419	Endoskopowe usunięcie zmiany przetyku metodą fiberskopową	E	471	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E
420	Endoskopowe usunięcie zmiany przetyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	E	472	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	E
421	Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy	E	473	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	E
422	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E	474	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
423	Korekcja deformacji powieki	E	475	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwinięcia stawu	E
424	Korekcja deformacji podniebienia	E	476	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
425	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E	477	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	E
426	Nacięcie gruczołu ślinowego	E	478	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
427	Nacięcie języka	E	479	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
428	Nacięcie kanału pochwy	E	480	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
429	Nacięcie powieki	E	481	Plastyka przepukliny pępkowej	E
430	Nacięcie spojówki	E	482	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
431	Nacięcie sutka	E	483	Plastyka sklepienia pochwy	E
432	Nacięcie torebki soczewki oka	E	484	Podwiązanie przewodu ślinowego	E
433	Nacięcie zrostów pochwy	E	485	Poszerzenie przewodu ślinowego	E
434	Ochronne zeszyte szpary powiekowej	E	486	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	E
435	Operacja brodawki sutkowej	E	487	Protezwowanie prącia	E
436	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E	488	Przecięcie osierdza	E
437	Operacja dotycząca pępka	E	489	Przeszczepienie przewodu ślinowego	E
438	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	E	490	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	E
439	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	E	491	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	E
440	Operacja gruczołu Bartholina	E	492	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	E
441	Operacja innego więzadła macicy	E	493	Rozdzielenie kości stopy	E
442	Operacja kanału łzowego	E	494	Rozdzielenie żuchwy	E
443	Operacja łechtaczki	E	495	Stabilizacja żuchwy	E
444	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	E	496	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
445	Operacja na przewodach mlekoносnych sutka	E	497	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	E
446	Operacja napletka	E	498	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	E
447	Operacja naprawcza jajnika	E	499	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	E
448	Operacja naprawcza pochwy	E	500	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	E
449	Operacja naprawcza spojówki	E	501	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	E
450	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E	502	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	E
451	Operacja nerki przez nefrostomię	E	503	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	E
452	Operacja nosa zewnętrznego	E	504	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	E
453	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	E	505	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
454	Operacja plastyczna pochwy	E	506	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
455	Operacja plastyczna prącia	E	507	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	E
456	Operacja przegrody nosa	E	508	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	E
457	Operacja struktur okołostawowych palucha	E	509	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	E
458	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnoego	E	510	Usunięcie zmiany języka	E
459	Operacja w obrębie zatoki Douglasa'a	E	511	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	E
460	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	E	512	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	E
461	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E	513	Usunięcie zmiany pochwy	E
462	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E	514	Usunięcie zmiany podniebienia	E
463	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E	515	Usunięcie zmiany powieki	E
464	Operacja więzadła szerokiego macicy	E	516	Usunięcie zmiany spojówki	E
465	Operacja zatoki czołowej	E	517	Usunięcie zmiany ślinianki	E
466	Operacja zatoki klinowej	E	518	Usunięcie zmiany wargi	E
467	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E	519	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	E
468	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	E			
469	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	E			
470	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	E			



520	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	E
521	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	E
522	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
523	Uwolnienie przykurczu stawu	E
524	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
525	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
526	Wyciąg szkieletowy kości	E
527	Wycięcie ciała rzęskowego	E
528	Wycięcie kości ektopowej	E
529	Wycięcie mięśnia	E
530	Wycięcie migdałków podniebiennych	E
531	Wycięcie nadmiaru powieki	E
532	Wycięcie nasieniowodu	E
533	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	E
534	Wycięcie pochwy	E
535	Wycięcie zmiany otrzewnej	E
536	Wycięcie zmiany sromu	E
537	Wycięcie zmiany szyjki macicy	E
538	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
539	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	E
540	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
541	Zniszczenie zmiany w wątrobie przeznaczeniowo	E

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek operacji chirurgicznej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile w zakresie danego rodzaju operacji chirurgicznej był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe, wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub była skutkiem Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

2) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
3) leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,

4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna została wykonana w:

1) szpitalu psychiatrycznym,

2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce,

niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodka wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

5. W przypadku Operacji chirurgicznej mającej miejsce w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli ta Operacja chirurgiczna miała miejsce w 31 dniu lub kolejnych dniach nieprzerwanej Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych mających miejsce w tym Roku okresu ubezpieczenia.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w § 4 OWDU ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

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

9. W przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych mających miejsce w czasie jednej Hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za Operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe Świadczenie.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę leczenia szpitalnego (wypis).

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) wartości procentowe określone w Tabeli operacji chirurgicznych.

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



§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w przeddzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Operację chirurgiczną w następstwie Choroby,
- 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat w zakresie

odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Operację chirurgiczną w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE) BRP-1715

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance o symbolu BRP-1715 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może dotyczyć tylko jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzonego w Polisie:

- 1) wariantu standardowego,
- 2) wariantu plus,
- 3) wariantu VIP.

Zakres Świadczeń każdego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej określono w załączniku do OWDU.

4. Świadczenia assistance realizowane są przez Centrum operacyjne.

5. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji Świadczeń określonych w OWDU, w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego Zdarzeń ubezpieczeniowych.

2) **Choroba** – potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego.

3) **Choroba przewlekła** – choroba, wymagająca z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej stosowania leczenia lub stałej kontroli lekarskiej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.

4) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub przez niego przysposobione, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia.

6) **Hospitalizacja** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień hospitalizacji uważa się za pełny.

7) **Inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną, utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS, tj.

orzeczono niezdolność do pracy na okres do 5 lat lub dłuższy niż 5 lat.

8) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego.

9) **Małżonek** – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

10) **Miejsce zamieszkania** – wspólne miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego, Małżonka oraz Dziecka na terenie Polski, wskazane przez Ubezpieczonego, przy czym w przypadku zmiany miejsca stałego pobytu, Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.

11) **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

12) **Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

13) **Pogorszenie się stanu zdrowia** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby lub doznanie przez niego Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowanie u Małżonka, Dziecka lub Rodzica Choroby lub doznanie przez nich Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

14) **Pomoc domowa** – Świadczenie Pomocy domowej polega na:

a) utrzymaniu czystości w domu, tj.:

- i) sprzątanii podłóg na sucho i na mokro,
- ii) ścieraniu kurzy z mebli i parapetów,
- iii) odkurzeniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej,
- iv) czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu,
- v) czyszczeniu płyty kuchennej,

b) przygotowaniu posiłków

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

d) podlewaniu kwiatów,

e) wyrzuceniu śmieci,

przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego.

15) **Rodzic** – biologiczny ojciec lub biologiczna matka Ubezpieczonego lub Małżonka lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego lub Małżonka. Za Rodzica uważa się również ojczyma lub macochę Ubezpieczonego lub Małżonka, jeżeli w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego lub Małżonka.

16) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.

17) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących



państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

18) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, w ramach Ubezpieczenia dodatkowego, zawartego na podstawie OWDU, polegające na:

- a) Pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) wystąpieniu w życiu Ubezpieczonego Pogorszenia się stanu zdrowia Małżonka, Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego,
 - c) w przypadku Świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2) OWDU, za Zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5 OWDU.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Świadczenia:

- 1) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,
- 3) zdrowotne usługi informacyjne,
- 4) infolinia „Baby assistance”,
- 5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa,
- 6) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pogorszenia się stanu zdrowia Rodzica.

2. Towarzystwo spełni odpowiednie Świadczenie wskazane w ust. 1 powyżej, jedynie w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie:

- 1) Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w Okresie ubezpieczenia lub Choroba została po raz pierwszy zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub
- 2) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia, wskazanego § 1 ust. 3 OWDU, wybranego przez Ubezpieczającego i wskazanego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, potwierdzonego Polisą. Świadczenia przysługujące w ramach danego wariantu ubezpieczenia oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w załączniku do OWDU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.

4. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) powyżej, Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 3 powyżej, z zastrzeżeniem że usługi wymienione w pkt 1)-11)

poniżej świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

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

b) w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do Miejsca zamieszkania.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7) transport medyczny z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – jeżeli



w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka będzie wymagał pobytu w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci zorganizowania transportu medycznego odpowiednio: Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego.

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

9) transport medyczny z Placówki medycznej do Placówki medycznej – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio: Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub gdy odpowiednio: Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio: Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka do Placówki medycznej, wskazanej przez Ubezpieczonego.

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

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

5. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2) powyżej, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji z psychologiem odpowiednio: Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka, w przypadku wystąpienia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:

1) zgon Małżonka Ubezpieczonego,

2) zgon Dziecka Ubezpieczonego,

3) zgon Rodzica,

4) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na Zdarzenie ubezpieczeniowe.

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

7. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3) powyżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo

spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio: Ubezpieczonemu, Małżonkowi lub Dziecku, na następujące tematy:

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

2) działanie leków, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży,

3) Placówki medyczne prowadzące zabiegi rehabilitacyjne,

4) placówki handlowe oferujące Sprzęt rehabilitacyjny,

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

6) dieta i zdrowe odżywianie.

8. Ponadto w ramach Świadczenia, o którym mowa w ust. 7 powyżej, Towarzystwo gwarantuje dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli odpowiednio: Ubezpieczonemu, Małżonkowi lub Dziecku ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

9. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4) powyżej, w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio: Ubezpieczonemu, Małżonkowi lub Dziecku, na następujące tematy:

1) objawy ciąży,

2) badania prenatalne,

3) wskazówki w zakresie przygotowania się do porodu,

4) szkoły rodzenia,

5) pielęgnacja w czasie ciąży i po porodzie,

6) karmienie i pielęgnacja noworodka,

7) obowiązkowe szczepienia dzieci.

10. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 5) powyżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i przystosowania dla niego lub odpowiednio: dla Małżonka lub dla Dziecka, miejsca pracy, tj. modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doznali Inwalidztwa. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Ubezpieczonego.

11. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych w życiu Ubezpieczonego w postaci Pogorszenia się stanu zdrowia Rodzica, Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 6) powyżej. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1) Pomoc domową oraz pielęgniarstwą – zorganizowanie i pokrycie kosztów Pomocy domowej po zakończeniu Hospitalizacji Rodzica, trwającej powyżej 5 dni. Towarzystwo pokrywa koszty Pomocy domowej oraz pielęgniarstwej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną, która odbędzie się w ciągu 1 roku



po Hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W ramach usługi organizowany jest transport na wizytę kontrolną i transport powrotny,

3) infolinię medyczną – dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym, który, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w OWDU i ponadto nie obejmuje:

1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

2) Świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5 OWDU,

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

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

6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

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

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

c) Chorób psychicznych,

d) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.),

e) zawodowego, amatorskiego lub rekreacyjnego uprawiana: sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału odpowiednio: Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

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

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

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

i) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),

j) Chorób przewlekłych (nie dotyczy usług wymienionych w § 4 ust. 1 i OWDU).

2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawaniem przez odpowiednio: Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odpowiednio: Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

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

2. Osoba kontaktująca się z Centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

1) imię i nazwisko,

2) adres zamieszkania,

3) numer Polisy,

4) Okres ubezpieczenia,

5) krótki opis Zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy,

6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

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

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

4. W przypadku, gdy Ubezpieczony, nie wypełni obowiązków określonych w ust. 1 – 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia Świadczenia.

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



§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń assistance oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne Świadczenia:

Zakres świadczeń	Wariant standardowy	Wariant plus	Wariant VIP
1 wizyta lekarza po nieszczęśliwym wypadku	1200 zł	1500 zł	1500 zł
2 wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku	-	1500 zł	1500 zł
3 wizyta pielęgniarki po nieszczęśliwym wypadku	1200 zł	1500 zł	1500 zł
4 dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza	200 zł	200 zł	200 zł
5 a) wizyta rehabilitanta w domu	500 zł	500 zł	500 zł
b) wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł	500 zł	500 zł
6 a) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
b) transport sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
7 transport medyczny do placówki medycznej	1200 zł	1500 zł	1500 zł
8 transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu	1200 zł	1500 zł	1500 zł
9 transport medyczny między placówkami medycznymi	1200 zł	1500 zł	1500 zł
10 opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	600 zł	600 zł	600 zł
11 pomoc domowa po hospitalizacji	400 zł	400 zł	400 zł
12 pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	-	500 zł	500 zł
13 zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu
14 infolinia „Baby assistance”	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu
15 pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku	Tylko organizacja	Tylko organizacja	Tylko organizacja
16 a) pomoc domowa po hospitalizacji dla rodzica Ubezpieczonego	-	-	500 zł
b) transport medyczny na wizytę kontrolną dla rodzica Ubezpieczonego	-	-	1/rok
c) infolinia medyczna i zdrowotne usługi informacyjne dla rodzica Ubezpieczonego	-	-	Bez limitu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW) BRP-1815

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka o symbolu BRP-1815 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Małżonek** – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową

z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci małżonka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe, wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,

2) kartę zgonu Małżonka, z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN) BRP-1915

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1915 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Małżonek** – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,

2) kartę zgonu Małżonka z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon), bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPNM) BRP-2015

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2015 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek Ubezpieczonego – osoba pozostająca w czasie Pobytu w Szpitalu z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) Pobyt na OIOM – udokumentowany pobyt Małżonka Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWDU za pobyt na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym i diabetologicznym, nawet jeżeli w stosunku do Małżonka Ubezpieczonego podjęto stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

3) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, 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 lub odpowiednik takiego oddziału działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. W rozumieniu OWDU za powyższy oddział uważa się również:

a) oddział intensywnej terapii,

b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,

c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu OWDU 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. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

4) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

5) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia,

Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

a) szpitala psychiatrycznego,

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

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

d) domowej opieki pielęgniarskiej,

e) hospicjum,

f) domu opieki,

g) ośrodka wypoczynkowego,

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

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Małżonka Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, oraz

2) Pobyt Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. W razie Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

3. W razie Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości podwójnej sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM, w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:



- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu lub Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku albo Pobyt Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
- 4) Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - 2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego,
 - 3) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - 4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w:
- 1) szpitalu psychiatrycznym,
 - 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
 - 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
 - 4) hospicjum,
 - 5) domu opieki,
 - 6) ośrodka wypoczynkowym,
 - 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
3. W przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu

w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na tym oddziale w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, w danym Roku okresu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 2-3 OWDU, za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w sumie za nie więcej niż 7 dni Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim Świadczenie spełniane jest w wysokości Świadczenia za każdy dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

6. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny.

7. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno ze Świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2-3 OWDU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, oraz:

- 1) odpis skrócony aktu małżeństwa,
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA ORAZ NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA (GUD)

BRP-2115

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-2115 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego 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.

2) **Urodzenie się martwego noworodka** – urodzenie się 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 z adnotacją „dziecko martwo urodzone”.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka lub Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego noworodka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia się dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego noworodka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości podwójnej sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia się martwego noworodka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Urodzenia się dziecka oraz na wypadek Urodzenia się martwego noworodka Karencja wynosi:

- 1) 9 miesięcy – w przypadku Urodzenia się dziecka,
 - 2) 1 miesiąc – w przypadku Urodzenia się martwego noworodka.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka – w przypadku Urodzenia się dziecka,
- 2) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone” oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) matki dziecka z informacją o wieku ciąży – w przypadku Urodzenia się martwego noworodka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA (GOD) BRP-2215

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka o symbolu BRP-2215 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Dziecko Ubezpieczonego** – własne biologiczne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego lub jego pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, którego wiek w dniu śmierci Ubezpieczonego wynosi nie więcej niż 25 lat.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia powodującej osierocenie Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci każdemu osieroconemu Dziecku Ubezpieczonego, Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego, powodującej osierocenie Dziecka Ubezpieczonego.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego

dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek osierocenia dziecka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego powodująca osierocenie Dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w dniu śmierci Dziecka Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA (GZD) BRP-2315

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka o symbolu BRP-2315 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Dziecko** – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji

wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci dziecka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,

2) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka,

3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 marca 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN) BRP-2415

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2415 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Dziecko** – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Dziecka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,

2) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka,

3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu Dziecka (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (GPDS) BRP-2515

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu Dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-2515 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Dziecka w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Dziecka. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu niniejszych OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że miał on miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Dziecka na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

4) Dziecko Ubezpieczonego (Dziecko) – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, mające nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.

5) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Dziecka, w następstwie którego Dziecko doznało Urazu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, oraz

2) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby.

2. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego przewidzianej na wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Dziecka w szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

3) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

4) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

4. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego przewidzianej na wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby, potwierdzonej w Polisie, za każdy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy



ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowym,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU.

5. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków powstałych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w Okresie ubezpieczenia,
- 2) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - a) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
 - b) poród miał przebieg patologiczny, lub
 - c) nastąpiły komplikacje położenia stanowiące zagrożenie dla życia matki,
- 3) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącymi chorobą zawodową,
- 4) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, jeżeli przyczyną ich wykonania nie jest Choroba lub obrażenia ciała Dziecka będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
- 5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 6) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
- 7) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

8) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

6. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno ze Świadczeń, o których mowa § 4 ust. 2 i 4 OWDU.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

8. W przypadku Pobytu Dziecka w Szpitalu na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Dziecka na tym oddziale w Szpitalu, w danym Roku okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
- 2) akt urodzenia Dziecka lub nowy akt urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby,
- 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (GPZD) BRP-2615

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka o symbolu BRP-2615 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko Ubezpieczonego – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, będące w wieku od 6 miesięcy do 18 lat.

2) Wystąpienie Poważnego zachorowania – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

3) Poważne zachorowanie – wystąpienie w zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego któregośkolwiek ze stanów chorobowych określonych w pkt 4)-11) poniżej.

4) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN I-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM, (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka > 4)),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

5) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

6) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”.

7) Paraliż – całkowita nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub choroby. Paraliż musi mieć charakter trwały.

8) Poliomyelitis – 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.

9) 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.

10) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

11) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 4)-10) lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji vegetatywnych, 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Dziecko Ubezpieczonego leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Dziecka Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.



§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek poważnego zachorowania dziecka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego miało miejsce w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego wystąpiło w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, która nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.
4. W Okresie ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego w przypadku każdego Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań danego Dziecka Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia u danego Dziecka Ubezpieczonego ponownie Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, oraz:
 - 1) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,
 - 2) Nowotworu złośliwego – dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,
 - 3) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,
 - 4) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii dziecięcej zawierającą

opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,

- 5) Paraliżu – dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych, zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie,
 - 6) Poliomyelitis – dwie opinie niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta i rokowanie lub opinię jednego lekarza wraz z dokumentacją leczenia. Potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 6 tygodniach od Wystąpienia Poważnego zachorowania,
 - 7) Poważnego uszkodzenia 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 mózgu oraz rokowanie,
 - 8) Przeszczepu narządu – dowody przeszczepienia,
 - 9) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem. Potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki.
3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Dziecko Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
 - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
 - 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA (GZR) BRP-2715

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia o symbolu BRP-2715 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Rodzic – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Ubezpieczonego. Za Rodzica w rozumieniu OWDU uważa się również osobę, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem biologicznym lub matką biologiczną 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 ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Ubezpieczonego.

2) Teść – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka Ubezpieczonego. Za Teścia w rozumieniu OWDU uważa się również osobę, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem biologicznym lub matką biologiczną Małżonka 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 ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka Ubezpieczonego.

3) Małżonek Ubezpieczonego – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci śmierci Rodzica lub śmierci Teścia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci

Rodzica, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Rodzica, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Teścia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Teścia, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 11 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 11 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) wypis z dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub odpowiednio Małżonka Ubezpieczonego, (dostępny na stronie internetowej Towarzystwa tj. www.compensa.pl),

2) odpis skrócony aktu zgonu Rodzica lub odpowiednio Teścia,

3) odpis skrócony aktu zawarcia małżeństwa przez Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego (w przypadku śmierci Teścia), wystawiony nie wcześniej niż na dzień śmierci Teścia lub oświadczenie Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego o pozostawaniu na dzień śmierci Teścia w związku małżeńskim,

4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu Rodzica lub Teścia (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:



-
- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
 - 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (GRU) „MIĘDZY NAMI” O SYMBOLU BRP-0115

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-0115 zatwierdzonych Uchwałą Nr 16/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2015 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2015 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 4 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3. W razie wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia

Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż 300.000 zł, z zastrzeżeniem postanowień OWU.”.

2. w § 11 ust. 7 skreśla się pkt 6).

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 78/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 czerwca 2015 r. wchodzi w życie z dniem 17 czerwca 2015 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI O SYMBOLU BRP-01 I 5

Informacje dotyczące procedury składania i rozpatrywania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

§ 1. DEFINICJE

- 1) **Klient** – będący osobą fizyczną (w tym osoba fizyczna wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia,
- 2) **Towarzystwo** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group,
- 3) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

§ 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

1. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa Klienta.
2. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 1 powyżej albo listownie,
 - 2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu **22 501 61 00** albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 1 powyżej do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce wskazanej w ust. 1 powyżej,
 - 3) w formie elektronicznej na adres e-mail **reklamacje@compensazycie.com.pl**.
3. Z zachowaniem postanowień ust. 4 poniżej odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających

rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3 powyżej termin na udzielenie odpowiedzi nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

5. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, chyba że Klient wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi pocztą elektroniczną.

§ 3. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W przypadku Reklamacji składanych przez Klientów tracą moc wszelkie postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami dotyczące składania i rozpatrywania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group sprzeczne z postanowieniami niniejszego aneksu.
2. W przypadku składania Reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przez podmioty niebędące Klientami postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami dotyczące składania i rozpatrywania reklamacji pozostają w mocy.
3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 117/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 października 2015 r. wchodzi w życie z dniem 8 października 2015 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2015 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

