

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych 2

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym:

Ubezpieczenie na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA BRP-0218 3

Ubezpieczenie dodatkowe do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA OWDU BRP-0318..... 4

Informacje dotyczące ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA BRP-0218 6

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA BRP-0218 7

Postanowienia wstępne..... 7

§ 1. Definicje pojęć 7

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 8

§ 3. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia 8

§ 4. Zasady zawarcia umowy ubezpieczenia 8

§ 5. Polisa ubezpieczeniowa 9

§ 6. Czas trwania umowy ubezpieczenia 9

§ 7. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia 9

§ 8. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia 9

§ 9. Suma ubezpieczenia 9

§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności..... 9

§ 11. Umowa dodatkowa 9

§ 12. Początek i koniec odpowiedzialności 9

§ 13. Karencja 10

§ 14. Wyłączenia odpowiedzialności 10

§ 15. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia 11

§ 17. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia 11

§ 18. Zaliczkowa wypłata świadczenia 12

§ 19. Składanie reklamacji..... 12

§ 20. Składanie skarg i zażaleń 12

§ 21. Postanowienia końcowe 12

Załącznik nr 1 Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku 13

Informacje dotyczące ogólnych warunków umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA BRP-0318..... 21

Ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA BRP-0318..... 22

Postanowienia wstępne..... 22

§ 1. Definicje pojęć 22

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 24

§ 3. Warunki zawarcia umowy dodatkowej..... 26

§ 4. Zasady zawarcia umowy dodatkowej..... 26

§ 5. 26

§ 6. Czas trwania umowy dodatkowej 26

§ 7. Suma ubezpieczenia 26

§ 8. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności..... 26

§ 9. Początek i koniec odpowiedzialności 26

§ 10. Karencja 26

§ 11. Wyłączenia odpowiedzialności 26

§ 12. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 27

§ 13. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia 27

§ 14. Postanowienia końcowe 27

Załącznik nr 1 Wykaz Operacji Chirurgicznych 28

Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” 33

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy podstawowej Super Gwarancja.. 34

§1. Definicje..... 34

§2. Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela..... 34

§3. Składka Ubezpieczeniowa..... 34

§4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia 34

§5. Wyłączenie odpowiedzialności..... 35

§6. Postępowanie w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego..... 35

§7. Postanowienia końcowe..... 36

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0218..... 37

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA O SYMBOLU BRP-0318 38

ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0218 39

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

Dane kontaktowe Administratora: z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

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

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

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

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

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

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

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

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

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

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb.

Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Ubezpieczenie grupowe na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **SUPER GWARANCJA OWU BRP-0218**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 4 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Ubezpieczenie o charakterze grupowym zawierającym na rzecz sformalizowanych grup osób ubezpieczonych, głównie przez zakłady pracy na rzecz osób w nich zatrudnionych. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile zachowane zostaną warunki wskazane w § 6 OWU

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

W zakresie podstawowym (obligatoryjnym)

- życie i zdrowie Ubezpieczonego

W zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru)

- życie i zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

Zakres podstawowy (obligatoryjny)

- zgon Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej)

Zakres rozszerzony (ryzyka do wyboru):

Ryzyka dotyczące Ubezpieczonego

- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- zgon w wyniku wypadku lądowego
- zgon w wyniku wypadku lotniczego
- zgon w wyniku wypadku wodnego
- zgon chorobowy
- zgon powodujący osierocenie Dziecka
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie
- pobyt w szpitalu (świadczenie należne za każdy dzień pobytu trwający 3 lub więcej dni)
- narodziny Dziecka (żywego lub martwego)

Ryzyka dotyczące Dziecka Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie

Ryzyka dotyczące Małżonka / Konkubenta Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie

Ryzyka dotyczące Rodziców Ubezpieczonego lub Małżonka / Konkubenta Ubezpieczonego

- zgon

Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym świadczenia w wyso-

kości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia potwierdzonej w polisie

Zakres ochrony ubezpieczeniowej i sumę ubezpieczenia określa Ubezpieczający, we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 OWU

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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu
- samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- prowadzenia przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 14 OWU

Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wynosi 125 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 4 OWU oraz w § 13 OWU

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- terminowo opłacać składki za wszystkich Ubezpieczonych w danym okresie polisowym, na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy
- w terminie do 3 dnia roboczego każdego okresu polisowego przekazywać Towarzystwu informacje o liczbie osób objętych ochroną ubezpieczeniową oraz dane osób przystępujących w bieżącym okresie polisowym lub występujących z umowy ubezpieczenia z końcem poprzedniego okresu polisowego

Ubezpieczający ma prawo:

- rozszerzyć zakres ochrony o umowy dodatkowe: umowę dodatkową do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA (OWDU BRP-0318), która rozszerza zakres odpowiedzialności Towarzystwa m.in. o ryzyko zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z tytułu narodzin wcześniaka dodatkowe ubezpieczenie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (OWDU BRP-1918), umożliwiające gromadzenie środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych
- zawnieść o podwyższenie sumy ubezpieczenia, dodanie

do zakresu ochrony ubezpieczeniowej nowych ryzyk lub podwyższenie wartości świadczeń z tytułu poszczególnych ryzyk

- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia
- zawniekskować o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Beneficjenta (osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia
- wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym momencie, ze skutkiem na ostatni dzień okresu polisowego, w którym złożone zostało Ubezpieczającemu oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia

Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wynosi 125 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 4 OWU oraz w § 13 OWU

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest:

- miesięcznie – w terminie do 12 dnia miesiąca polisowego za bieżący miesiąc polisowy obowiązywania umowy ubezpieczenia
- kwartalnie – w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału polisowego, za bieżący kwartał polisowy obowiązywania umowy ubezpieczenia
- Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w danej umowie ubezpieczenia za każdego Ubezpieczonego jest ustalana według następujących kryteriów: suma ubezpieczenia, liczebność grupy, wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka, struktura wiekowa Ubezpieczonych, rodzaj działalności prowadzonej przez Ubezpieczającego
- Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka
- Minimalna wysokość składki miesięcznej za Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia wynosi 15 PLN

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu polisowego, za który wpłacona została składka za danego Ubezpieczonego

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:

- po upływie 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres
- w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia
- po upływie terminu związanego z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia lub wystąpieniem Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia
- w ostatnim dniu okresu polisowego, w którym Ubezpieczony przestał być Pracownikiem Ubezpieczającego, w tym przypadku odpowiedzialność wygasa również w stosunku do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Konkubentem lub pełnoletnim Dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego
- w dniu, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- w dniu zgonu Ubezpieczonego

• Jak zawniekskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 17 ust. 5 OWU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 16, § 17 oraz w § 18 OWU

Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

- prawo złożenia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo
- reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa osób wskazanych powyżej
- reklamację można złożyć w formie:
 - pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie)
 - ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67)
 - ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu, elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej))

Kto i w jaki sposób może złożyć skargę?

- prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji
- do skargi lub zażalenia zastosowanie znajdują postanowienia § 19 OWU dotyczące reklamacji, z wyłączeniem § 19 ust. 9 OWU Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi (w tym drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail)

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminach wskazanych w OWU
- wypowiedzieć na piśmie umowę ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

UBEZPIECZENIE DODATKOWE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA OWDU BRP-0318

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 4 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie lub aneksie do polisy potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – SUPER GWARANCJA. Umowę dodatkową zawiera się na czas trwania umowy podstawowej

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Życie i zdrowie Ubezpieczonego

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa oraz rodzaj świadczeń należnych z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazany jest w § 2 OWDU. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej obejmuje również zdarzenia dotyczące członków rodziny Ubezpieczonego

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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej
- samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 11 OWDU

Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu:

- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 21 dni
- pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, wynosi 90 dni
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM – 14 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 6, ust. 8-10, ust. 12-15, ust. 17-18 OWDU oraz w § 10 OWDU

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata, z wyłączeniem ryzyka poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, w którym odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje operacje przeprowadzane na terenie RP

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej

Jak i kiedy należy opłacać składki?

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy - w sytuacji, gdy zawarcie umowy dodatkowej następuje w innym dniu niż zawarcie umowy podstawowej

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:

- 1) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej

- 2) w dniu przejścia Ubezpieczonego na indywidualną kontynuację umowy podstawowej

- 3) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 13 ust. 2 OWDU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 12 oraz w § 13 OWDU

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy dodatkowej
- wypowiedzenia umowy dodatkowej

Rozwiązanie umowy dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA
BRP-0218**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §17, §18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 4, §12 ust. 3, §13, §14, §17 ust. 9

SUPER GWARANCJA

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0218

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0218 (dalej: OWU) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA (dalej: umowa ubezpieczenia), zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

Ilekrót w OWU użyto określenia:

- Ubezpieczający** – rozumie się przez to Pracodawcę – stroną umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – rozumie się przez to Pracownika zatrudnionego przez Ubezpieczającego, którego życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową; na zasadach określonych w § 4 ust. 8 - 10 OWU Ubezpieczonym może być także Małżonek, Konkubent lub pełnoletnie Dziecko Pracownika zatrudnionego przez Ubezpieczającego.
- Pracodawca (zakład pracy)** – rozumie się przez to osoby fizyczne, prawne, jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, jeżeli zatrudniają Pracowników.
- Pracownik** – rozumie się przez to osobę zatrudnioną przez Pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, kontraktu menedżerskiego lub spółdzielczej umowy o pracę; za Pracownika uważa się również: członka rolniczej spółdzielni produkcyjnej, osobę wykonującą pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z Pracodawcą jako nakładczą, osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, a także osobę zatrudnioną na podstawie umowy zlecenia, jeżeli z tego tytułu Pracodawca zobowiązany jest do odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne (wymóg ubezpieczenia społecznego z tytułu zatrudnienia przez Pracodawcę nie dotyczy studentów podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu), osobę powołaną do organu reprezentującego lub nadzorczego oraz członka jednostki organizacyjnej, będącej Ubezpieczającym.
- Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
- Konkubent** – rozumie się przez to osobę niespokrewnioną z Ubezpieczającym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej 2 lat i obie osoby są stanu wolnego; za Konkubenta nie uważa się byłego Małżonka Ubezpieczonego.
- Dziecko** – rozumie się przez to dziecko własne, przysposobione i pasierba; w przypadku zdarzenia narodził Ubezpieczonemu dziecku żywego/martwego - za dziecko uważa się wyłącznie dziecko własne Ubezpieczonego.
- Rodzic** – rozumie się przez to rodzica: Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego niepozabawionego władzy rodzicielskiej lub Ojczyma i Macochą Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego.
- Ojczym, Macocha** – rozumie się przez to osobę pozostającą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z Rodzicem Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, a także wdowę lub wdowca odpowiednio po Rodzicu: Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego.
- suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli poszkodowanego, tj. Ubezpieczonego lub osób, o których mowa w ust. 6-8 powyżej, w następstwie którego Ubezpieczony lub osoba, o której mowa w ust. 6-8 powyżej zmarła lub które stanowi przyczynę powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W rozumieniu OWU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu.
- wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- zgon chorobowy** – rozumie się przez to zgon w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, zgodnie z definicją jednostki chorobowej zawartą odpowiednio w ust. 18 pkt 2) poniżej i ust. 18 pkt 3) poniżej.

- trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- poważne zachorowanie** – rozumie się przez to następujące jednostki chorobowe:
 - nowotwór złośliwy** – rozumiany jako proces niekontrolowanego rozrostu komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, naciekają na tkanki i narządy oraz dają odległe przerzuty. Pojęcie obejmuje również białaczkę (za wyjątkiem białaczki limfatycznej i/lub limfoblastycznej), chłoniaki oraz nowotwory mózgu wymagające zabiegu operacyjnego. Pojęcie nie obejmuje: nowotworów skóry za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka), I okresu ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina – zmiany ograniczone do jednego węzła chłonnego), I stopnia raka prostaty (T1NoMo), nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych (wykazujących jedynie cechy wczesnego złośliwienia – in situ) oraz nowotworów współistniejących z wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV). Dla zaliczenia przez Towarzystwo tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z badaniem histopatologicznym,
 - zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, wystąpieniem dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian), oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego,
 - udar mózgu** – rozumiany jako nagły incydent mózgowo-naczyniowy powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się trwałymi neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiennych oraz wylewów podopajęczynokowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu,
 - niewydolność nerek** – rozumiana jako schyłkowe stadium choroby nerek rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerki. Dla zaliczenia przez Towarzystwo tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep). Rozpoznanie niewydolności nerek winno nastąpić w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - pomostowanie naczyniówecowych (by-pass)** – rozumiane jako kardiochirurgiczne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), polegające na utworzeniu by-passu (obwodnicy, pomostu) z wykorzystaniem: żyły odpiszczelowej pobranej z podudzia, tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej (LIMA) lub prawej (RIMA), tętnicy promieniowej pobranej z przedramienia lub sztucznego naczynia, w celu przywrócenia właściwego przepływu krwi z aorty do zwężonych lub zamkniętych tętnic wieńcowych, wykonywane w znieczuleniu ogólnym, z wykorzystaniem lub bez wykorzystania krążenia pozaustrojowego. Każdy zabieg wymaga poprzedzenia badaniem koronarograficznym oraz kwalifikacją lekarza kardiologa i kardiochirurga. Za metody kardiochirurgiczne uznaje się: CABG (coronary artery bypass grafting) – pomostowanie tętnic wieńcowych z użyciem krążenia pozaustrojowego; OPCAB (off-pumping coronary artery bypass) – pomostowanie tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego; MIDCAB (minimally invasive direct coronary artery bypass) – małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych; PACAB (port access coronary artery bypass) – chirurgia naczyń wieńcowych poprzez ograniczony dostęp; TECAB (totally endoscopic coronary artery bypass) – roboty kardiochirurgiczne; MIDCAB+PCI – hybrydowe leczenie choroby wieńcowej. Pojęcie nie obejmuje przeszczepionej angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonanej bez jednoczesnego zastosowania MIDCAB lub innej wymienionej powyżej,
 - transplantacja jednego z głównych narządów** – rozumiana jako zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą. Dla zaliczenia powyższych zabiegów do grupy poważnych zachorowań, muszą one być potwierdzone dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie,
 - ciężkie oparzenie** – rozumiane jako oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała Ubezpieczonego,
 - śpiączka** – rozumiana jako stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. W rozumieniu OWU pojęcie śpiączki nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba** – diagnoza musi być uznana za „prawdopodobną”, zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba:
 - postępująca demencja,
 - wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,
 - typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),
 - rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; Choroba

Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwiercami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.

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

W rozumieniu OWU za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba.

19. **szpital** – rozumie się przez to działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniającej kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; w rozumieniu OWU pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, opieki paliatywnej, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych.
20. **dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
21. **osierocenie Dziecka** – rozumie się przez to zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
 - 1) przed ukończeniem przez Dziecko 20 roku życia,
 - 2) przed ukończeniem przez Dziecko 25 roku życia – jeżeli kontynuuje naukę w szkole działającej na podstawie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym,
 - 3) bez względu na wiek Dziecka – jeżeli Dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
22. **okres polisowy** – rozumie się przez to okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składki; okresem polisowym może być miesiąc lub kwartał.
23. **sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – absailing, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – jazda na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
24. **cięża wysokiego ryzyka** – rozumie się przez to nagłe lub dające się przewidzieć powikłania ciąży stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. Rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przebiegu leczenia) o wystąpieniu następujących czynników wysokiego ryzyka:
 - 1) łożysko przodujące lub nisko usadowione z objawami krwawienia,
 - 2) poród przedwczesny – przed 36 tyg. ciąży,
 - 3) niewydolność cięśniowo-szykowa wymagająca założenia szwu naszyjkowego lub pessaria,
 - 4) niepowsięgliwe wymioty ciężarnych – utrzymujące się powyżej 14 tyg. ciąży, przebiegające z odwodnieniem, zaburzeniami metabolicznymi i czynności wątroby,
 - 5) gestoza EHP (tzw. stan przedrzucawkowy),
 - 6) rzucawka – z drgawkami toniczno-klonicznymi,
 - 7) zespół HELLP,
 - 8) krwawienie w drugiej połowie ciąży,
 - 9) ciąża wielopłodowa od 23 tygodnia ciąży,
 - 10) współistniejące zaburzenia metaboliczne w postaci cukrzycy insulinozależnej.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym lub rozszerzonym.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 3 poniżej.
3. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń, w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia potwierdzonej w umowie ubezpieczenia:
 - 1) w zakresie podstawowym (obligatoryjnym): z tytułu zgonu Ubezpieczonego: 50%-500%,
 - 2) w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):
 - a) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego): 10%-500%,
 - b) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt a) powyżej, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony): 10%-200%,
 - c) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt a) powyżej, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony): 10%-200%,
 - d) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt a) powyżej, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony): 10%-200%,

- e) z tytułu chorobowego zgonu Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego): 10%-200%,
 - f) z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci): 10%-100%,
 - g) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu: 1%-5%,
 - h) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego: 10%-50%,
 - i) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-1%, jednak nie więcej niż 250 PLN za każdy dzień,
 - j) z tytułu narodzin żywego Dziecka Ubezpieczonego (zdarzenie dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonego Dziecka własnego): 5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN,
 - k) z tytułu narodzin martwego Dziecka Ubezpieczonego (zdarzenie dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonego Dziecka własnego): 10%-50%, jednak nie więcej niż 3.000 PLN,
 - l) z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego: 10%-100%,
 - m) z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt l) powyżej) 10%-50%, jednak nie więcej niż 100.000 PLN,
 - n) z tytułu zgonu Dziecka Ubezpieczonego: 10%-50%, jednak nie więcej niż 80.000 PLN,
 - o) z tytułu zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt n) powyżej): 10%-50%, jednak nie więcej niż 100.000 PLN,
 - p) z tytułu zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego: 5%-50%, jednak nie więcej niż 3.000 PLN,
 - q) z tytułu zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego: 5%-50%, jednak nie więcej niż 3.000 PLN,
 - r) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego: 10%-50%, jednak nie więcej niż 15.000 PLN,
 - s) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Dziecka: 10%-50%, jednak nie więcej niż 15.000 PLN.
4. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wynosi 125 dni.

UMOWA UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy ubezpieczenia § 3.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli do umowy ubezpieczenia przystępuje grupa licząca co najmniej 3 Pracowników Ubezpieczającego.
2. W przypadku, gdy do umowy ubezpieczenia przystępuje grupa licząca od 3 do 10 Pracowników, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jeżeli grupa ta stanowi 100% ogółu Pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.

zasady zawarcia umowy ubezpieczenia § 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający określa:
 - 1) zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) sumę ubezpieczenia,
 - 3) liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia, w tym liczbę przystępujących do umowy ubezpieczenia Pracowników,
 - 4) liczbę osób zatrudnionych.
3. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - 1) podpisane osobiście przez osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia deklaracje zgody,
 - 2) wykaz imienny osób przystępujących do umowy ubezpieczenia.
4. Deklaracja zgody jest dokumentem potwierdzającym wolę przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz wskazującym Beneficjenta. Deklarację zgody osoba przystępująca do umowy ubezpieczenia składa Ubezpieczającemu.
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
6. Deklaracje zgody osób przystępujących do umowy ubezpieczenia, podpisywane w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest składać wraz z rozliczeniem składki za dany okres polisowy w terminie, o którym mowa w ust. 7 poniżej.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany w terminie do 3 dnia roboczego każdego okresu polisowego przekazać do Towarzystwa informację o liczbie osób objętych ochroną ubezpieczeniową oraz dane osób przystępujących w bieżącym okresie polisowym lub występujących z umowy ubezpieczenia z końcem poprzedniego okresu polisowego.
8. Ubezpieczonym, w rozumieniu OWU, może zostać Małżonek, Konkubent lub pełnoletnie Dziecko Ubezpieczonego, będącego Pracownikiem, na warunkach obowiązujących w umowie ubezpieczenia, do której przystępuje Ubezpieczony (Pracownik), po spełnieniu łącznie następujących warunków:
 - 1) Małżonek/Konkubent/pełnoletnie Dziecko złoży deklarację zgody równocześnie z deklaracją zgody Ubezpieczonego, będącego Pracownikiem Ubezpieczającego, tj. z tym samym dniem początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia lub w przypadku Małżonka lub pełnoletniego Dziecka w terminie 3 miesięcy, licząc od końca miesiąca, w którym nastąpiło odpowiednio zawarcie związku małżeńskiego lub uzyskanie pełnoletności, w sytuacji, gdy do zawarcia małżeństwa/uzyskania pełnoletności doszło po dniu objęcia Pracownika Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) Ubezpieczający zgłosi przystąpienie do umowy ubezpieczenia Małżonka/Konkubenta/pełnoletniego Dziecka Pracownika wraz z rozliczeniem składki za dany okres poli-

- sowy i zobowiąże się do opłacania składki za tego Małżonka/Konkubenta/pełnoletnie Dziecko wraz ze składką należną za całą grupę,
- 3) z zastrzeżeniem postanowień ust. 9 poniżej, Konkubent/pełnoletnie Dziecko Pracownika złoży oświadczenie o stanie zdrowia w zakresie wskazanym przez Towarzystwo.
 9. Z obowiązku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia, o którym mowa w ust. 8 pkt 3) powyżej, zwolniony jest Małżonek/Konkubent/pełnoletnie Dziecko, który w okresie bezpośrednio poprzedzającym przystąpienie do umowy ubezpieczenia objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu innej umowy ubezpieczenia i przystępując do tej umowy ubezpieczenia złożył oświadczenie o stanie zdrowia. Oświadczenie złożone uprzednio traktuje się za wiążące w zakresie ustalania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia.
 10. W przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego, będącego Pracownikiem złoży deklarację zgody z przekroczeniem terminów wskazanych w ust. 8 pkt 1) powyżej, objęcie go ochroną ubezpieczeniową następuje wyłącznie po złożeniu przez niego oświadczenia o stanie zdrowia w zakresie wskazanym przez Towarzystwo oraz przy bezwzględnym zastosowaniu okresów karencji co do ryzyk objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.
 11. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 12 poniżej, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.
 12. Jeżeli deklaracja zgody lub wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia jest wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowej deklaracji zgody lub wniosku.
 13. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania zastosowania warunków szczególnych, na podstawie których umowa ubezpieczenia może zostać zawarta lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.
 14. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych Ubezpieczonych na warunkach odmiennych niż warunki na jakich została zawarta umowa ubezpieczenia lub odrzucenia deklaracji zgody bez podania przyczyny.
 15. Zawarcie dwóch lub więcej umów ubezpieczenia z tym samym Ubezpieczającym jest możliwe, jeżeli liczba ubezpieczonych Pracowników w każdej z tych umów ubezpieczenia wynosi co najmniej 21.
 16. Do umowy ubezpieczenia nie mogą przystąpić osoby, które:
 - 1) nie spełniają warunków, o których mowa w § 1 ust. 2 OWU,
 - 2) przebywają na zwolnieniu lekarskim z powodu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą (z wyłączeniem osób, które przez okres co najmniej 10 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień odpowiedzialności względem nich z tytułu umowy ubezpieczenia objęte były przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia) – w przypadku Ubezpieczonych będących Pracownikami Ubezpieczającego,
 - 3) nie spełniają warunków wskazanych w ust. 8 i ust. 10 powyżej – w przypadku Ubezpieczonych będących Małżonkami, Konkubentami lub pełnoletnimi Dziećmi Pracowników Ubezpieczającego,
 - 4) są ubezpieczone w tej samej lub innej umowie ubezpieczenia SUPER GWARANCJA.

polisa ubezpieczeniowa **§ 5.**

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

czas trwania umowy ubezpieczenia **§ 6.**

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy kalendarzowych.
2. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile w terminie nie później niż 90 dni przed upływem każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia.
3. W terminie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
4. Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków umowy ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
5. Nieprzedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny okres skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z ostatnim dniem poprzedniego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia **§ 7.**

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. O odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
3. Odstąpienie przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
6. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia **§ 8.**

1. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na piśmie w każdym czasie ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym momencie, ze skutkiem na ostatni dzień okresu polisowego, w którym złożone zostało Ubezpieczającemu oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia lub wystąpienie Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub wystąpienia Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

SUMA UBEZPIECZENIA **§ 9.**

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia nie może być mniejsza niż 3.000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia jest taka sama dla wszystkich Ubezpieczonych w danej umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający może wystąpić do Towarzystwa z pisemnym wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia lub dodanie do zakresu ochrony ubezpieczeniowej nowych ryzyk. Postanowienia niniejszego ustępu nie dotyczą indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 4 powyżej:
 - 1) składka ustalana jest zgodnie z § 10 ust. 1 OWU,
 - 2) Towarzystwo może zaproponować podwyższenie sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić wniosek,
 - 3) w przypadku umów ubezpieczenia w ramach których ochroną ubezpieczeniową objętych jest mniej niż 21 Ubezpieczonych ma zastosowanie karencja na różnicę świadczeń w okresach wskazanych w § 13 ust. 2 OWU, w czasie których świadczenia wypłacane są w wysokości przysługującej przed podwyższeniem,
 - 4) konieczna jest uprzednia zgoda wszystkich Ubezpieczonych na zmianę sumy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI **§ 10.**

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w danej umowie ubezpieczenia za każdego Ubezpieczonego jest ustalana według następujących kryteriów:
 - 1) suma ubezpieczenia,
 - 2) liczebność grupy,
 - 3) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 4) struktura wiekowa Ubezpieczonych,
 - 5) rodzaj działalności prowadzonej przez Ubezpieczającego.
2. Wysokość ustalonej składki uwzględnia okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk.
3. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
4. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
5. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
6. Minimalna wysokość składki miesięcznej za Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia wynosi 15 PLN.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacania składki za wszystkich Ubezpieczonych w danym okresie polisowym, na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.
8. Składka ubezpieczeniowa płatna jest:
 - 1) miesięcznie – w terminie do 12 dnia miesiąca polisowego za bieżący miesiąc polisowy obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) kwartalnie – w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału polisowego, za bieżący kwartał polisowy obowiązywania umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający nie jest upoważniony do wpłacania składek za osoby, które przestały być jego Pracownikami i ich Małżonkami, Konkubentów lub Dzieci. W razie wpłacenia takich składek, podlegają one zwrotowi przez Towarzystwo.
10. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki, wyznaczając dodatkowo 7 dniowy termin jej zapłaty.
11. Jeżeli składka nie zostanie opłaconą w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 10 powyżej umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień opłaconego okresu.
12. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 10 powyżej Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

UMOWA DODATKOWA **§ 11.**

Z pierwszym dniem każdego okresu polisowego Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej o Umowę Dodatkową do Umowy Grupowej Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA lub umowę gromadzenia środków w ramach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI **§ 12.**

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 13 OWU, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu polisowego, za który wpłacona została składka za danego Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) po upływie 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres,
 - 2) w dniu, o którym mowa w § 7 ust. 3 OWU,
 - 3) po upływie terminu związanego z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia lub wystąpieniem Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia,
 - 4) w ostatnim dniu okresu polisowego, w którym Ubezpieczony przestał być Pracownikiem Ubezpieczającego, w tym przypadku odpowiedzialność wygasa również w stosunku do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Konkubentem lub pełnoletnim Dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego,
 - 5) w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 11 OWU,
 - 6) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa może ulec zawieszeniu na okres przebywania Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub bezpłatnym. Nie zawieszają się odpowiedzialności, jeżeli należne za Ubezpieczonego składki opłacane są przez Ubezpieczającego.

KARENCEJA § 13.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
- 1) zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego,
 - 5) chorobowego zgonu Ubezpieczonego,
 - 6) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 7) narodzin martwego Dziecka Ubezpieczonego,
 - 8) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego i wynoszą w przypadku poszczególnych ryzyk:
- 1) zgon Ubezpieczonego; zgon pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego – 3 miesiące,
 - 2) zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka; wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego; wystąpienie poważnego zachorowania u pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego; pobyt Ubezpieczonego w szpitalu; zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego; zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego; zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego – 6 miesięcy,
 - 3) świadczenie z tytułu narodzin żywego Dziecka Ubezpieczonego – 9 miesięcy.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4-8 poniżej, okresy karencji, o których mowa w ust. 2 powyżej, nie mają zastosowania w przypadku ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty był Ubezpieczony przez okres co najmniej 10 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Zniesienie karencji na zasadach, o których mowa w ust. 3 powyżej lub ust. 9 poniżej lub ust. 11 poniżej, następuje pod warunkiem, że po objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z umowy ubezpieczenia, na którą powołal się w celu zniesienia karencji.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 3 powyżej lub ust. 9 pkt 2) poniżej lub ust. 11 poniżej:
- 1) uprawniony do otrzymania świadczenia zobowiązany jest do udokumentowania objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przed pierwszym dniem odpowiedzialności Towarzystwa oraz faktu jej wygaśnięcia (nie dotyczy sytuacji, gdy odpowiedzialność była uprzednio udzielana przez Towarzystwo),
 - 2) jeżeli wysokość świadczenia z tytułu ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą uprzednio objęty był dany Ubezpieczony jest niższa od przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, to w okresie karencji, o którym mowa w ust. 2 powyżej, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia,
 - 3) jeżeli wysokość świadczenia z tytułu ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą uprzednio objęty był dany Ubezpieczony jest wyższa od przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, to w okresie karencji, o którym mowa w ust. 2 powyżej, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i ust. 8 poniżej, okresy karencji, o których mowa w ust. 2 powyżej, z wyłączeniem ryzyk zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego oraz zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego oraz narodzin żywego Dziecka Ubezpieczonego nie mają zastosowania w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach danej umowy ubezpieczenia grupy liczącej więcej niż 20 Pracowników Ubezpieczającego.
7. Brak karencji ma zastosowanie do wszystkich ryzyk w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia:
- 1) od 21 do 29 Pracowników – jeżeli Pracownicy ci stanowią co najmniej 70% ogółu Pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego,
 - 2) od 30 do 49 Pracowników – jeżeli Pracownicy ci stanowią co najmniej 50% ogółu Pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego,
 - 3) od 50 do 69 Pracowników – jeżeli Pracownicy ci stanowią co najmniej 30% ogółu Pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego,
 - 4) 70 i więcej Pracowników – bez względu na stosunek liczby Pracowników przysługujących do umowy ubezpieczenia do ogółu Pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
8. Niezależnie od zwolnienia z okresów karencji, udzielonego na podstawie postanowień ust. 3, ust. 6 lub ust. 7 powyżej, okresy karencji mają zastosowanie w stosunku do Ubezpieczonego, gdy:
- 1) Ubezpieczony jest Pracownikiem Ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia wpłynęła do Towarzystwa po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) Ubezpieczony jest Pracownikiem, który został zatrudniony przez Ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia wpłynęła do Towarzystwa po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) Ubezpieczony jest Małżonkiem, Konkubentem lub pełnoletnim Dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego.
9. W stosunku do Ubezpieczonych, będących Małżonkami Pracowników Ubezpieczającego, którzy przez okres co najmniej 10 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia, objęci byli ochroną z tytułu innej umowy ubezpieczenia:
- 1) okresy karencji, o których mowa w ust. 2 powyżej, nie mają zastosowania w przypadku ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli Małżonek Pracownika przystępuje do umowy ubezpieczenia, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia spełnia warunki określone w ust. 7 powyżej, a jednocześnie Pracownik Ubezpieczającego, będący

jego Małżonkiem korzysta ze zwolnienia z okresów karencji zgodnie z postanowieniami określonymi w ust. 7 i ust. 8 pkt 1) i pkt 2) powyżej,

- 2) okresy karencji, o których mowa w ust. 2 powyżej, nie mają zastosowania z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji na różnicę świadczeń, o których mowa w ust. 4 i ust. 5 powyżej, pod warunkiem że ochrona ubezpieczeniowa w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia udzielana była przez Towarzystwo.
10. W stosunku do Ubezpieczonych, będących Małżonkami Pracowników Ubezpieczającego, którzy przystąpią do umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 ust. 10 OWU postanowienia ust. 9 powyżej nie mają zastosowania.
11. W stosunku do Ubezpieczonych, będących Konkubentami/pełnoletnimi Dziećmi Pracowników Ubezpieczającego, którzy przez okres co najmniej 10 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, objęci byli ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo z tytułu innej umowy ubezpieczenia okresy karencji, o których mowa w ust. 2 powyżej, nie mają zastosowania z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji na różnicę świadczeń, o których mowa w ust. 4 i ust. 5 powyżej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 14.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego, samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, prowadzenia przez Ubezpieczonego, w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego, wodnego lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków, pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 2) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 3) działania w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź w związku z nadużyciem leków,
 - 4) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 5) uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów powietrznych, lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,
 - e) speleologii,
 - f) skoków do wody,
 - g) sportów ekstremalnych.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego:
 - 1) chorób infekcyjnych i zawodowych,
 - 2) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 3) wystąpienia dyskpatii i/lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (bez względu na przyczynę) jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 2) leczenia chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - 3) wystąpienia padaczki i leczenia jej następstw,
 - 4) zaburzeń psychicznych i zachowania,
 - 5) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących następstwem tego faktu, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 6) pobytu diagnostycznego,
 - 7) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - 8) leczenia następstw skażenia chemicznego niezwiązanego bezpośrednio ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową, skutkującym wypłatą świadczenia,
 - 9) ciąży, porodu lub usuwania ciąży (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciężą wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami poporodowymi),
 - 10) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia),
 - 11) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 12) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, związanego z leczeniem następstw zdarzeń powstałych na skutek pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 13) pobytu rehabilitacyjnego,
 - 14) pobytu w ramach prewencji rentowej,
 - 15) leczenia następstw zdarzeń powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości,
 - 16) leczenia schorzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych.
5. W przypadku Ubezpieczonych, którzy w okresie co najmniej 24 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia objęci byli odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu innej umowy ubezpieczenia SUPER GWARANCJA, okresy wyłączenia odpowiedzialności w przypadku śmierci samobójczej, o którym mowa w ust. 1 powyżej ulega skróceniu i wynosi 6 miesięcy.

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 15.

- Indywidualnie kontynuować ubezpieczenie może:
 - Ubezpieczony, który przestał być Pracownikiem Ubezpieczającego i za którego należąca składka była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 9 miesięcy,
 - Ubezpieczony będący Małżonkiem, Konkubentem lub pełnoletnim Dzieckiem Pracownika Ubezpieczającego, za którego należąca składka była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 9 miesięcy oraz pod warunkiem, że wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji złożony zostanie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie takiej umowy przez uprawnionego Pracownika Ubezpieczającego,
 - wdowa/wdowiec (Konkubina/Konkubent) po Ubezpieczonym pod warunkiem, że spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - należna składka była opłacana za Ubezpieczonego przez okres co najmniej 9 miesięcy,
 - Ubezpieczony był w chwili zgonu ubezpieczony w umowie ubezpieczenia lub indywidualnie kontynuował to ubezpieczenie,
 - zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmował ryzyko zgonu Małżonka/Konkubenta,
 - Ubezpieczony, który przestał być Pracownikiem Ubezpieczającego, a składka ubezpieczeniowa opłacana była za niego przez okres krótszy niż wskazany w ust. 1 powyżej, jeżeli w okresie bezpośrednio poprzedzającym pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu innej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż do umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem przystąpił w terminie 3 miesięcy od daty jej zawarcia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania osób wymienionych w ust. 1 powyżej o przysługującym im prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia oraz pośredniczenia w załatwianiu związanych z tym formalności.
- Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na okres 36 miesięcy, z możliwością przedłużenia na kolejne 36-miesięczne okresy, na zasadach określonych w § 6 OWU.
- Osoby wymienione w ust. 1 powyżej występują z wnioskiem o indywidualną kontynuację ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa, za pośrednictwem Ubezpieczającego lub bezpośrednio do Towarzystwa.
- Wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia oraz zapłata pierwszej składki ubezpieczeniowej powinny wpłynąć do Towarzystwa przed upływem 1 miesiąca, licząc od końca miesiąca, za który wpłacona została ostatnia należąca za Ubezpieczonego składka. Po upływie tego terminu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wygasa.
- Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wynosi 80% sumy ubezpieczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 8 poniżej, w trakcie pierwszej umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, z tytułu których Towarzystwo świadczyło Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem zdarzeń objętych zakresem ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA.
- W sytuacji, gdy Ubezpieczony w dniu złożenia wniosku o indywidualną kontynuację ma ukończony 67 rok życia zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie obejmuje następujących zdarzeń:
 - zgon chorobowy,
 - wystąpienie poważnego zachorowania,
 - pobyt w szpitalu,
 - narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonego,
 - narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonego,
 - zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego,
 - zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w ramach umowy indywidualnej kontynuacji z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 8 pkt 1) – 7) powyżej wygasa z ostatnim dniem 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia.
- Jeżeli Ubezpieczony w dniu złożenia wniosku o indywidualną kontynuację ma ukończony 67 rok życia, świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi nie więcej niż 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu. W sytuacji, gdy Ubezpieczony ukończy 67 rok życia w trakcie trwania umowy indywidualnej kontynuacji wysokość świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości przewyższającej 0,5% sumy ubezpieczenia obowiązuje do końca 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia.
- Wysokość świadczenia z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego określana jest na podstawie sumy ubezpieczenia obowiązującej w umowie indywidualnej kontynuacji oraz wskaźnika procentowego wysokości świadczenia dla danego zdarzenia, obowiązującego w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż wysokość świadczenia nie może przekroczyć kwoty 12.000 PLN.
- W trakcie pierwszej umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, wysokości składek ubezpieczeniowych dla poszczególnych ryzyk są równe wysokościami składek obowiązujących w umowie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest w terminie:
 - 7 dni licząc od dnia złożenia wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w następnym okresie polisowym – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
- Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia potwierdzone zostaje polisą, którą Towarzystwo doręcza osobie indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie, lecz nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki.
- Z chwilą zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, Ubezpieczony staje się jednocześnie Ubezpieczającym.
- W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym rozdziale, pozostałe postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
- Postanowienia § 4 ust. 13 OWU nie dotyczą zawarcia pierwszej umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w sytuacji, gdy wniosek o indywidualną kontynuację złożony został przez Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1)-4) oraz w terminie określonym w ust. 5 powyżej.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 16.

- W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2 i ust. 3 poniżej, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
- W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Beneficjent.
- Jeżeli Ubezpieczony nie zdecyduje inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie Dziecka jest Dziecko (Dzieci) Ubezpieczonego.
- Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do zgonu Ubezpieczonego.
- W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 17.

- Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, umowy zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej Towarzystwa lub w inny uzgodniony z Towarzystwem sposób.
- W terminie do 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
- W terminie, o którym mowa wyżej, Towarzystwo informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej są:
 - odpis skrócony aktu zgonu,
 - dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - dokumenty wskazujące okoliczności zgonu chorobowego,
 - dokumenty potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia,
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - dokument potwierdzający związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytym w szpitalu,
 - akt urodzenia Dziecka,
 - akt urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe,
 - w szczególnych przypadkach i na wniosek Towarzystwa – dokument potwierdzający okres zatrudnienia u Ubezpieczającego (np. ZUS ZUA i ZUS RCA).
- Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, Ubezpieczającego, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustala Towarzystwo po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia. Towarzystwo może, w uzasadnionych przypadkach, wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
- Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowi załącznik nr 1 do OWU.
- Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy procentem trwałego uszczerbku zaistniałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a procentem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
- Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 10 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
- Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony sposób.
- Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
- Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

zaliczkowa wypłata świadczenia § 18.

1. W przypadku, gdy wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko pobytu w szpitalu, po upływie 30 dni pobytu w szpitalu Ubezpieczony nabywa prawo do wystąpienia z wnioskiem o dokonanie zaliczkowej wypłaty świadczenia.
2. Do wniosku Ubezpieczony zobowiązany jest załączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że jego pobyt w szpitalu będzie trwał co najmniej 15 kolejnych dni. Orzeczenie to winno również zawierać informację o przyczynie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Wysokość zaliczkowej wypłaty świadczenia równa jest świadczeniu za okres pobytu w szpitalu do dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie zaliczkowe w terminie 7 dni roboczych od otrzymania wniosku z załączonym orzeczeniem lekarskim, o którym mowa w ust. 2 powyżej.

SKŁADANIE REKLAMACJI § 19.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącym osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
 - 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
 - 4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).
4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
 - 2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
 - 3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
 - 4) PESEL/REGON,
 - 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer polisy).
5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.
6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 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.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Beneficjentów oraz osób uprawnionych do świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
 - 2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:
 - 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku

finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

- 2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwany winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,
 - 3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ § 20.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami § 19 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 19 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 19 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 21.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
4. Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5 powyżej, przed dokonaniem przez strony zmian warunków zawartej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonych o rodzaju zmian wraz z określeniem ich wpływu na wysokość przysługujących świadczeń – w sposób przyjęty do stosowania u Ubezpieczającego. Zmiana umowy ubezpieczenia wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy ubezpieczenia dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego.
7. W sprawach nieregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 roku Nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 roku Nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków i darowizn.
10. Wszelkie oświadczenia woli związane z niniejszą umową ubezpieczenia wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
11. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
12. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl.
14. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
15. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 1

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

obowiązująca dla Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2019 r. lub w terminie późniejszym

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

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

e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania - niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stalego:	
a) siekacza lub kła - za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw zekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8-10%
b) całkowita	30%
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i polykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%
C. Uszkodzenia narządu wzroku	
27.	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwałe uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:	
Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10) 0,9 (9/10) 0,8 (8/10) 0,7 (7/10) 0,6 (6/10) 0,5 (5/10) 0,4 (4/10) 0,3 (3/10) 0,2 (2/10) 0,1 (1/10) 0
1,0 (10/10)	0% 2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35%
0,9 (9/10)	2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40%
0,8 (8/10)	5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
0,7 (7/10)	7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50%
0,6 (6/10)	10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55%
0,5 (5/10)	12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60%
0,4 (4/10)	15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65%
0,3 (3/10)	20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70%
0,2 (2/10)	25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80%
0,1 (1/10)	30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90%
0	35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90% 100%
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8%
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40%
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15%
b) obojga oczu	30%
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyńki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	
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) jednoimiennie			20%	
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku			20%	
b) w obu oczach			35%	
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepodających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
a) w jednym oku			wg tabeli z poz. 27a	
b) w obu oczach			wg tabeli z poz. 27a	
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku			1-8%	
b) w obu oczach			5-12%	
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka				
			wg tabeli z poz. 27a	
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.				
38. Jaskra - ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu				
			wg tabeli z poz. 27a i 32	
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia:				
a) jednostronny			30%	
b) obustronny			60%	
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej				
			wg tabeli z poz. 27a	
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a) zmiany niewielkie			2%	
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27a	
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Powyżej 70 dB
Ucho lewe	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
Powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) rany małżowiny usznej - wymagające szycia			1%	
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)			2-5%	
c) utrata jednej małżowiny			15%	
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):				
a) jednostronne			1-5%	
b) obustronne			6-10%	
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):				
a) jednostronne			5-10%	
b) obustronne			11-20%	
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)				
			wg tabeli z poz. 42	
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				

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

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

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

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

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

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

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

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm		6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu		12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)		16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)		20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu		15%
138. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi		+5%
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.		
UDO		
139. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:		
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm		5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu		10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)		15%
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp.:		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości		1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%		3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1%
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych		
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych		
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:		
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.		
144. Utrata kończyny - zależnie od długości kikut i przydatności jego cech do protezowania		50-70%
KOLANO		
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw - w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm		4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm, ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu		10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.		15%
d) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego		20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu		15%
146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek - w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:		
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi		2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, 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 wyprustu do 120° dla zgięcia.	
147. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm, ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10%
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15%
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	
+5%	
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	
2%	
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa - zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3%
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) - leczone operacyjnie	5%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, ran wymagających szycia - pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy - w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1%
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3%
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10%
153. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3%
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5%
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10%
154. Zesztywnienie stawu skokowego - w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10%
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15%
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3%
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8%
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi - wymagającego zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12%

156. Utrata kości piętowej lub kostkowej - w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:		
a) częściowa - powyżej 30%	10%	
b) całkowita	20%	
157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5%	
158. Złamania kości śródstopia:		
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2%	
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
5%		
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające - w zależności od stopnia upośledzenia czynności:		
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
161. Utrata stopy w całości		
45%		
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		
35%		
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka		
25%		
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta		
10-15%		
PALCE STOPY		
165. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3%	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia		
8-15%		
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części - ½ długości	1%	
b) w całości	2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia		
3-10%		
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec		
3-5%		
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - za każdy palec		
0,5%		
N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
	Prawa	Lewa
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) 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 poślądkowych (górnego i dolnego)	2-8%
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%
u) nerwu strzałkowego	2-10%
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40%
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-5%

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

173. Zawały mięśnia serca pełnościenne:

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 podwsierdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%

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

a) niedowład jednej kończyny	3,5%
b) paraliż jednej kończyny	5%
c) niedowład dwóch kończyn	8,5%
d) paraliż dwóch kończyn	12%
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16%
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczący twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie 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%

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/01/2019 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 25 stycznia 2019 r. wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2019 r.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tariski
Członek Zarządu

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA
BRP-0318**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 6, 8-10, 12-15, 17-18, §10, §11

SUPER GWARANCJA

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0318

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0318 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej, i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
- W sprawach nieuregulowanych w OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ
§ 1.

- Ileokroć w OWDU użyto określenia:
 - Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA (OWU),
 - Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane,
 - wcześnieśnik** – rozumie się przez to noworodka urodzonego między 23 a 37 tygodniem ciąży o wadze urodzeniowej od 500 do 2500g, o ile dziecko przeżyje 24 godziny w oddziale szpitalnym,
 - poronienie** – rozumie się przez to przedwczesne ukończenie ciąży (między 8 - 22 tyg. ciąży) polegające na samoistnym wydaleniu jaja płodowego w okresie, w którym płód nie jest zdolny do życia poza łonem matki (płód jest to zarodek po 8 tyg. ciąży),
 - trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem: nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli dany wypadek, zawał serca lub udar mózgu nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa,
 - nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu,
 - wypadek przy pracy** – rozumie się przez to wypadek, zaistniały po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz mający związek z pracą Ubezpieczonego wykonywaną na rzecz Pracodawcy i będący wypadkiem przy pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy, skutkujący trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź jego zgonem w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku. Za wypadek przy pracy uznaje się wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, działań na rzecz Pracodawcy wykonywanych przez Ubezpieczonego bez polecenia, a także mających miejsce w czasie pozostawania Ubezpieczonego do dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy, a miejscem wykonywania pracy. Za wypadek przy pracy nie uznaje się wypadków, które nastąpiły w drodze do pracy lub z pracy. Uznanie wypadku za wypadek przy pracy lub odmowa uznania następuje w oparciu o kartę wypadku, decyzję ZUS w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy, o ile była wydana, orzeczenie sądu lub inne zaświadczenia właściwych organów,
 - trwała całkowita niezdolność do pracy** – rozumie się przez to utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, w rozumieniu obowiązujących przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym, potwierdzoną decyzją odpowiedniego organu rentowego. Pojęcie to obejmuje również całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji,
 - operacja chirurgiczna** – rozumie się przez to zabieg chirurgiczny wymieniony w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik nr 1 do OWDU, wykonany w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, wykonany w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
 - operacja chirurgiczna metodą otwartą** – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą laparoskopową** – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą zamkniętą** – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w Wykazie operacji chirurgicznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub laparoskopową,

- wszczepienie sztucznej zastawki serca** – rozumie się przez to pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach,
- utrata wzroku** – rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuocznego w wyniku choroby, nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepota nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych,
- utrata słuchu** – rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych,
- utrata mowy** – rozumie się przez to nieodwracalną, całkowitą utratę zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krtani oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności roszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy,
- stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym** – (SM) – rozumie się przez to jednostkę chorobową spełniającą następujące kryteria:
 - trwale zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózek inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa,
 - obecność charakterystycznego obrazu w NMR (tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielizacyjnych),
 - obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym.
 Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym,
- kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu** – rozumie się przez to ostrą chorobę wirusową wywołaną przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszoną przez kleszcze powodującą infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał,
- wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)** – rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW B w rozumieniu OWDU wymagane będzie:
 - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
 - pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlAT i AspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-Hbc IgM+++),
- wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)** – rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej - stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C w rozumieniu OWDU wymagane będzie:
 - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
 - znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.),
 - obecność przeciwciał anty-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR,
- HIV** – rozumie się przez to ludzki wirus upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzony wynikami badań krwi. Dla uznania przez Towarzystwo zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie w rozumieniu OWDU wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anty-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anty-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/μl, celem eliminacji wyniku „falszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi,
- borelioza** – rozumie się przez to chorobę wywołaną przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzującą się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za boreliozę, koniecznym jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELIZA), potwierdzonego metodą

- Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką,
- 20) **oponiak** – rozumie się przez to nowotwór wewnątrzczaszkowy wychodzący z komórek meningealnych (opon mózgowo-rdzeniowych), cechujący się powolnym ekspansywnym wzrostem, bez histologicznych cech złośliwości. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz badaniem neuroobrazowym, dwufazowym TK głowy lub MRI,
- 21) **choroba Parkinsona** – rozumie się przez to chorobę układu pozapiramidowego, której istotą jest postępujący zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, charakteryzująca się: wystąpieniem co najmniej dwóch kluczowych ruchowych objawów choroby (spowolnienie ruchowe, wzmoczenie napięcia mięśniowego, drżenie spoczynkowe), brakiem objawów uszkodzenia innych układów nerwowych, stwierdzeniem wyraźnej poprawy po podaniu lewodopy lub agonisty receptora dopaminergicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: potwierdzenie choroby (rozpoznanie kliniczne) przez lekarza specjalistę (neurologa, neurochirurga). Rozpoznanie kliniczne winno być potwierdzone badaniem neuroobrazowym TK lub MRI. Wystąpienie drżenia samoistnego nie jest uznawane za objaw choroby Parkinsona. Objawy „zespołu Parkinsona” towarzyszące innym stanom chorobowym (guzy, miażdżycza, kila, urazy, zatrucia CO, nadużywanie leków) nie są uznawane za chorobę Parkinsona,
- 22) **choroba Alzheimera** – rozumie się przez to chorobę neurodegeneracyjną typu II (w okresie 40-65 r.ż.), manifestującą się postępującym zespołem otępiennym w postaci: afazji (zaburzenia funkcji mównicowej), aleksji (zaburzenia zdolności rozumienia słowa pisanego), agrafii (zaburzenia umiejętności pisania) i/lub apraksji (upośledzenie zdolności wykonywania precyzyjnych i celowych ruchów). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie kliniczne przez specjalistę psychiatrę,
 - zaników korowych charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej w obrazie TK mózgu,
 - zastosowania leczenia szpitalnego,
 - orzeczenia inwalidztwa.
- Zaburzenia mowy, rozumienia, pisania i wykonywania ruchów, będące następstwem nadaru lub guza mózgu, nie są uznawane za chorobę Alzheimera,
- 23) **choroba Huntingtona** – rozumie się przez to zespół progresywnych deficytów psychicznych, wywołany uogólnionym zwyrodnieniem mózgu, o charakterze dziedzicznym i wrodzonym, manifestujący się mimowolnymi ruchami płaśwacymi. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego,
- 24) **angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – rozumie się przez to leczniczą technikę (zabieg medyczny) cewnikowania serca, polegającą na rozszerzeniu zwężonej lub udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej (serca), jednej lub więcej, przeprowadzoną w świeżym zawałe serca, wykonaną przy użyciu cewnika balonowego. Dla uznania tego zabiegu za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego rozpoznania świeżego zawału serca,
 - potwierdzenie wykonania zabiegu w dokumentacji hemodynamicznej. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ryzyka wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych dotyczy jedynie tych Ubezpieczonych, u których choroba wieńcowa została rozpoznana po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa,
- 25) **operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumie się przez to operacyjne usunięcie odcinka aorty, uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania operacji aorty za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie uszkodzenia aorty wskutek nieszczęśliwego wypadku w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego,
- 26) **niedokrwistość aplastyczna** – rozumie się przez to nabytą aplazję szpiku kostnego, z pancytopenią krwi obwodowej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - wystąpienia pancytopenii trójukładowej (niedobór wszystkich prawidłowych elementów morfotycznych krwi: erytrocytów, leukocytów i trombocytów),
 - wystąpienia aplazji trójukładowej szpiku (< 25% komórkowości), w badaniu szpiku metodą biopsji,
- 27) **łagodny nowotwór mózgu** – rozumie się przez to proces powolnego wzrostu komórek, budową histologiczną zbliżonych do tkanki prawidłowej, nie powodujący naciekania okolicznych tkanek oraz wnikania do naczyń krwionośnych, niedający przerzutów i wznowy choroby, tj. nawrotu procesu po zastosowanym leczeniu. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, neurologii lub onkologii,
 - potwierdzenie łagodnego charakteru nowotworu w badaniu histopatologicznym,
- 28) **utrata kończyny** – rozumie się przez to amputację co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazową lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględnie wskazaniami do jej amputacji, na poziomie uda (powyżej stawu kolanowego) i/lub na poziomie ramienia (powyżej stawu łokciowego). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest udokumentowanie leczenia szpitalnego w oddziale chirurgii lub ortopedii,
- 29) **porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumiane jako schorzenie neurologiczne (paraplegia, tetraplegia) polegające na całkowitej niemożności wykonywania ruchu, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni, spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego i/lub mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, chirurgii lub neurologii,
 - jednoznaczne potwierdzenie uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub mózgu w badaniach obrazowych,
- 30) **sepsa (posocznica)** – rozumie się przez to zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodującym powstanie powikłań w postaci ropni w narządach miękkich. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi,
 - powikłań w badaniach obrazowych,
- 31) **wścieklizna** – rozumie się przez to śmiertelną chorobę wirusową, wywołaną przez wirus Rabies virus (RABV) drogą zakażenia bezpośredniego, wymagającą hospitalizacji i leczenia szczepionkami i/lub anatoksyną. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych schorzenia przez lekarza medycyny,
 - potwierdzenie zdarzenia pokąsania przez zwierzę,
 - potwierdzenie przez lekarza weterynarii zakażenia zwierzęcia,
- 32) **zator tętnicy płucnej (ZTP)** – rozumie się przez to mechaniczne zatkanie tętnicy płucnej lub jej rozgałęzienia, lub skurcz tych naczyń, wywołane skrzepliną, doprowadzające do zaburzenia krążenia płucnego i upośledzenia ukrwienia mięszu płucnego, manifestujące się objawami klinicznymi: dusznością wysiłkową i/lub spoczynkową, bólami w klatce piersiowej, tachypnoe. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - jednoznaczne potwierdzenie rozpoznania: scyntyografią perfuzyjną płuc, angiografią tętnicy płucnej, spiralną tomografią komputerową z podaniem kontrastu (sCT), przez przelykową echokardiografią (TEE) lub rezonansem magnetycznym,
 - potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym,
- 33) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne, choroba Charcota, amyotrophic lateral sclerosis ALS)** – rozumie się przez to postępującą chorobę neurodegeneracyjną, w postaci uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego neuronu ruchowego, manifestującą się zanikami mięśniowymi, spastycznymi niedowładami kończyn i objawami opuszkowymi, wymagającą leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - potwierdzenie etiologii niedowładu w badaniu EMG (elektromiografia),
 - wystąpienie typowych zmian w badaniu MRI,
- 34) **zakażona martwica trzustki** – rozumie się przez to ciężką postać ostrego zapalenia trzustki, pod względem anatomicznym cechującą się nieodwracalnym uszkodzeniem trzustki i tkanek okotrzustkowych pod postacią martwicy, objawiającą się bólem w jamie brzusznej i wzrostem aktywności enzymu amylazy we krwi i w moczu, wymagającą leczenia szpitalnego. Pojęcie nie obejmuje ostrego zapalenia trzustki będącego następstwem spożycia alkoholu lub alkoholizmu. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tej jednostki chorobowej obejmuje wypłatę świadczenia jedynie za pierwszorazowe zachorowanie. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę endokrynologa, internistę lub chirurga,
 - potwierdzenie zakażenia tkanek martwiczych trzustki dodatnim wynikiem posiewu materiału uzyskanego drogą biopsji aspiracyjnej lub laparotomii,
- 35) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – rozumie się przez to proces zapalny wywołany bakteriami paciorkowca, gronkowca lub pneumokokami, powodujący zmiany morfologiczne wsierdzia (błony wyścielającej jamy serca) w postaci zakrzepów płytkowych, białych i czerwonych krwinek oraz masy bakteryjnej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - posiadanie dodatniego wyniku badania posiewowego krwi,
 - potwierdzenie trwałego uszkodzenia zastawek serca pod postacią niewydolności, w badaniu echokardiograficznym serca,
 - zastosowanie antybiotykoterapii adekwatnej do etiologii schorzenia,
- 36) **teżec** – rozumie się przez to zakażenie przyranne zarodnikami łaseczki teżca (Clostridium tetani), poparte dodatnim wywiadem, co do skaleczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwteżcową i anatoksyną,
- 37) **wąlowiec mózgu (wąlowica, echinokokoza)** – rozumie się przez to chorobę pasożytniczą wywołaną przez tasiemca, powodującą powstanie torbieli (cysty) umiejscowionej w mózgu, dającą kliniczne objawy guza mózgu, wymagającą leczenia operacyjnego i zastosowania chemioterapii przeciw pasożytniczej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - dodatni wynik badania parazytologicznego materiału pozyskanego drogą biopsji torbieli lub śródoperacyjnie,
 - zastosowanie chemioterapii,
- 38) **ropień mózgu** – rozumie się przez to powikłanie sepsy. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego sepsy w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi,
 - powikłań w badaniach obrazowych,
- 39) **operacja aorty brzusznej/piersiowej** – rozumie się przez to operacyjne usunięcie odcinka aorty, poszerzonego tętniakowato w przebiegu ostrego rozwarstwienia jej ściany i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego tętniaka w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego,
- 40) **gruźlica** – rozumie się przez to chorobę zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy typu ludzkiego (Mycobacterium tuberculosis), manifestującą się zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są:
- rozpoznanie kliniczne w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - posiadanie dodatniego wyniku próby tuberkulinowej (odczyn śródskórny Mantoux),

- c) potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym,
d) posiadanie dodatniego wyniku badania płwociny na obecność prątków Kocha,
e) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia,
- 41) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C** – rozumie się przez to zdiagnozowane w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie obejmującym tę jednostkę chorobową zmiany chorobowe mięszu wątroby pod postacią aktywnego procesu zapalnego, trwające co najmniej 6 miesięcy, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych, przede wszystkim badania histopatologicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są:
- a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
b) dodatni wynik badania histopatologicznego,
c) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia,
d) zakwalifikowanie do przeszczepu wątroby,
- 42) wstrząs anafilaktyczny** – rozumie się przez to ciężką postać anafilaksji (3 i 4 stadium), alergicznej reakcji organizmu ludzkiego na alergen, objawiającą się głębokimi zaburzeniami (niewydolnością) układu krążenia, oddychania i trawiennego, wymagającą leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego,
b) potwierdzenie w dokumentacji medycznej wystąpienia ciężkiej postaci: hipotonii, obrzęku krtani, bronchospazmu, zaburzeń świadomości i dyspepsji,
c) wynik badania potwierdzający wzrost poziomu przeciwciał IgE,
- 43) rehabilitacja** – rozumie się przez to konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie 182 dni pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego lub 180 dni, w przypadku osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników. Pojęcie to nie obejmuje przypadków, w których konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej jest wynikiem: zachorowania zaistniałego w okresie ciąży lub porodu, porodu, a także nieszczęśliwego wypadku lub zachorowania zaistniałego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację, w rozumieniu OWDU, wymaganiem będzie przedstawienie decyzji odpowiedniego organu rentowego o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub w przypadku osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników – o przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni,
- 44) rekonwalescencja** – rozumie się przez to trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję, w rozumieniu OWDU, pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym doprowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku,
- 45) rekonwalescencja szpitalna** – rozumie się przez to czasową niezdolność do pracy, spowodowaną występującym w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego schorzeniem somatycznym lub urazowym, wymagającym leczenia szpitalnego i określoną przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4),
- 46) czasowa niezdolność do pracy w wyniku wypadku przy pracy** – rozumie się przez to niezdolność określoną przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4), będącą wynikiem zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa wypadku przy pracy,
- 47) leczenie szpitalne** – rozumie się przez to dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni, z uwzględnieniem dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dnia jego wypisu ze szpitala, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego niezbędnych leków,
- 48) specjalistyczne leczenie** – rozumie się przez to następujące rodzaje leczenia, których przyczyna wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
- a) **chemioterapia** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania chemioterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego,
b) **radioterapia** – rozumiana jako metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania radioterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego,
c) **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przez żyłne wprowadzenie elektrody do prawej komory serca, w celu przetrwania groźnych dla życia człowieka zaburzeń rytmu serca, w postaci częstoskurczu komorowego i/lub migotania komór, i przywrócenia rytmu zatokowego serca. Dla uznania wszczepienia kardiowertera-defibrylatora za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór lub częstoskurczu komorowego wywołującego zaburzenia hemodynamiczne,
- kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania,
d) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora)** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej oraz przez żyłne wprowadzenie elektrody do jamy serca, w celu zapobiegania wystąpienia zwolnienia rytmu serca, groźnego dla życia człowieka.
Dla uznania wszczepienia rozrusznika serca za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zbyt wolnej pracy serca (bradykardia, bloki przewodzenia, choroby węzła zatokowego, intensywne leczenie tachykardii),
- kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania,
e) **ablacja** – rozumiana jako metoda leczenia zaburzeń rytmu pracy serca, polegająca na przezskórnym wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu, za pomocą energii (prąd, krioplikacje, ultradźwięki, laser). Dla uznania ablacji za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia zaburzeń rytmu pracy serca i wskazania do wykonania ablacji,
- potwierdzenie wykonania zabiegu ablacji,
f) **dializoterapia** – rozumiana jako zewnątrzustrojowe leczenie nerkozastępcze, stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności nerek, uwarunkowane wystąpieniem objawów klinicznych zespołu mocznicowego (zaburzenia zołdtkowo-jelitowe, drżenie metaboliczne, mocznicowa skaza krwotoczna, niewydolność krążenia, zapalenie osierdzia, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze), wykonane przy użyciu dializatora. Dla uznania dializoterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia niewydolności nerek, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa,
- zasadności zastosowania dializoterapii przez nefrologa,
g) **terapia interferonowa** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia ZWV typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA. Dla uznania interferonoterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego,
- 49) lekkie obrażenie ciała** – rozumie się przez to następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwałe uszkodzenie na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej),
- 50) pakiet urazowy** – rozumie się przez to pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobyt w szpitalu trwającym co najmniej 3 dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie,
- 51) wstrząśnienie mózgu** – rozumie się przez to pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą,
- 52) złamanie** – rozumie się przez to urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniami ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona,
- 53) zwichnięcie stawu** – rozumie się przez to urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym,
- 54) oparzenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego,
- 55) odmrożenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących, na skutek działania niskiej temperatury,
- 56) dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to dzień liczony zgodnie z definicją dnia pobytu w szpitalu zawartą w postanowieniach Umowy Podstawowej, z wyłączeniem definicji leczenia szpitalnego,
- 57) sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jetskiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – jazda na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie osobie uprawnionej do świadczenia w przypadku zajścia w trakcie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 i 3 poniżej.
- Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
 - z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy: 100% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) – renta miesięczna płatna zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej oraz w równych częściach na rzecz wszystkich Dzieci Ubezpieczonego w łącznej wysokości 1.000 PLN lub 1.500 PLN,
 - z tytułu zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000 PLN,
 - z tytułu zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000 PLN,
 - z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 100% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, jeżeli orzeczenie o niezdolności oraz zdiagnozowanie schorzenia będącego jego przyczyną nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej: 50% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej nie-

- zdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
- 8) z tytułu wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 9) z tytułu wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 10) z tytułu wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 11) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000 PLN, 1.500 PLN lub 2.000 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 10 poniżej,
 - 12) z tytułu wystąpienia u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000 PLN lub 1.500 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 10 poniżej,
 - 13) z tytułu wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000 PLN lub 1.500 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 10 poniżej,
 - 14) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni: 0,1%-1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 250 PLN,
 - 15) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni: 0,1%-1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 500 PLN,
 - 16) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (dalej: OIOM), za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni: 0,1%-1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 200 PLN,
 - 17) z tytułu pobytu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 18) z tytułu pobytu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 19) z tytułu pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia oraz pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 20) z tytułu pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 21) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 22) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 23) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia, za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 24) z tytułu narodzin Ubezpieczonemu wcześniaka 20% sumy ubezpieczenia,
 - 25) z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub Małżonki/Konkubiny Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) 20% sumy ubezpieczenia,
 - 26) z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie według następujących zasad:
 - a) w przypadku operacji chirurgicznej I klasy: 5%-50 % sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 6.000 PLN,
 - b) w przypadku operacji chirurgicznej II klasy 50% świadczenia określonego w ppkt a) powyżej,
 - c) w przypadku operacji chirurgicznej III klasy 25% świadczenia określonego w ppkt a) powyżej.
 Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych,
 - 27) z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, która przeprowadzona została podczas pobytu w szpitalu, trwającego minimum 3 dni, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie według zasad określonych w pkt 26) ppkt a) – c) powyżej,
 - 28) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000 PLN,
 - 29) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 500 PLN,
 - 30) z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000 PLN,
 - 31) z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej Ubezpieczonego – za każdy dzień niezdolności do pracy 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN (świadczenie płatne zgodnie z postanowieniami ust. 13 poniżej),
 - 32) z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy – za każdy dzień niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni 0,1%-0,5%, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 33) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego: 50 PLN - 250 PLN (świadczenie ustalane jako wielokrotność 50 PLN),
 - 34) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50 PLN - 100 PLN (świadczenie ustalane jako wielokrotność 10 PLN),
 - 35) z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia – 10%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 15.000 PLN,
 - 36) z tytułu leczenia poszpitalnego – świadczenie apteczne w wysokości 100 PLN, 200 PLN, 300 PLN, 400 PLN lub 500 PLN na zakup niezbędnych leków, płatne zgodnie z postanowieniami ust. 18 poniżej.
3. W przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego lub wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego, Ubezpieczający może poprzez zawarcie Umowy Dodatkowej rozszerzyć zakres każdego z tych ryzyk o następujące pakiety jednostek chorobowych:
 - 1) Pakiet I:
 - a) wszczęcie sztucznej zastawki serca,
 - b) utrata wzroku,
 - c) utrata słuchu,
 - d) utrata mowy,
 - e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym,
 - f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
 - g) borelioza,
 - h) wirusowe zapalenie wątroby typu B, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - i) wirusowe zapalenie wątroby typu C,
 - j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - 2) Pakiet II:
 - a) oponiak,
 - b) choroba Parkinsona,
 - c) choroba Alzheimera,
 - d) choroba Huntingtona,
 - e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
 - f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) niedokrwiłość aplastyczna,
 - h) łagodny nowotwór mózgu,
 - i) utrata kończyny,
 - j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - k) sepsa (posocznica),
 - l) wścieklizna,
 - m) zator tętnicy płucnej (ZTP),
 - n) choroba neuronu ruchowego,
 - o) zakażona martwica trzustki,
 - p) bakteryjne zapalenie wsierdzia,
 - q) tężec,
 - r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),
 - s) ropień mózgu,
 - t) operacja aorty brzusznej/piersiowej,
 - u) gruźlica,
 - v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
 - w) wstrząs anafilaktyczny.
 4. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia którejkolwiek z jednostek chorobowych, określonych w ust. 3 powyżej wynosi równowartość świadczenia określonego dla ryzyka poważnego zachorowania w Umowie Podstawowej.
 5. Do pakietu jednostek chorobowych, o którym mowa w ust. 3 powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej dotyczące ryzyka poważnego zachorowania.
 6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) powyżej płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby uprawnionej do świadczenia. Wysokość świadczenia określona w Umowie Dodatkowej podlega podziałowi w równych częściach na wszystkie Dzieci Ubezpieczonego.
 7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej może, poprzez zawarcie Umowy Dodatkowej, zostać rozszerzony o zdarzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 23) powyżej w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje ryzyko zgonu Dziecka Ubezpieczonego.
 8. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 28) powyżej, o ile znajduje się ono w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
 9. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 30) powyżej, o ile znajduje się ono w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
 10. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 11) – 13) powyżej płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe.
 11. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie obejmującym zdarzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 28) powyżej, objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez Towarzystwo.
 12. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu:
 - a) pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego) wynosi 21 dni,
 - b) pobytu w szpitalu jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia) wynosi 90 dni,
 - c) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM – 14 dni.
 13. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje za okres liczony od pierwszego dnia następującego po zakończeniu hospitalizacji do ostatniego dnia niezdolności do pracy, wskazanego w ZUS ZLA (L4), lecz nie więcej niż za okres równy okresowi hospitalizacji określonego w ZUS ZLA (L4).
 14. Maksymalna wartość świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej, związanej z jednym pobytem w szpitalu wynosi równowartość świadczenia za 30 dni rekonwalescencji.
 15. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, maksymalny łączny okres, za jaki jest wypłacane świadczenie z tego tytułu wynosi 30 dni.

16. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko przeprowadzenia w Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia, poprzez zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego.
17. Odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia w Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia polega na wypłacie przez Towarzystwo określonego świadczenia w przypadku:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
 - 4) pierwszorazowego podłączenia dializatora do przetoki tętniczo-żylnnej lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
18. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu leczenia szpitalnego jest ograniczona do:
 - 1) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym rocznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego w zakresie obejmującym leczenie szpitalne.

UMOWA DODATKOWA
warunki zawarcia Umowy Dodatkowej
§ 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.
2. W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy Podstawowej zostaje rozszerzony dla wszystkich Ubezpieczonych w umowie ubezpieczenia o zdarzenia ubezpieczeniowe wybrane przez Ubezpieczającego, spośród ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3 OWDU, począwszy od pierwszego dnia okresu polisowego następującego po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.

ZASADY ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ
§ 4.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. We wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej Ubezpieczający określa zakres dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, spośród ryzyk określonych w § 2 ust. 2 i 3 OWDU.
3. Do wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej należy dołączyć wykaz imienny osób przystępujących do Umowy Dodatkowej wraz z podpisami osób przystępujących.
4. W przypadku osób przystępujących do Umowy Dodatkowej po dniu jej zawarcia, Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu wykaz, o którym mowa w ust. 3 powyżej wraz z rozliczeniem składki za dany okres polisowy.

§ 5.

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową, Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
2. W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej, jej zawarcie Towarzystwo potwierdza stosownym aneksem do polisy.

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ
§ 6.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej, z dniem wskazanym na polisie lub w aneksie do polisy.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.

SUMA UBEZPIECZENIA
§ 7.

Sumę ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej stanowi kwota równa sumie ubezpieczenia obowiązującej w Umowie Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI
§ 8.

1. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej, według stanu na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
3. W przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej, składka należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną z tytułu Umowy Dodatkowej podlega ponownemu obliczeniu.
4. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Towarzystwo posiada prawo zapropinowania zmian w zawartej Umowie Dodatkowej, w postaci zmian wysokości składki i/lub sumy ubezpieczenia, w terminach i na zasadach określonych w OWU.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 9.

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 10 OWDU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu polisowego, za który wpłacona została pierwsza składka z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,

- 2) w dniu przejścia Ubezpieczonego na indywidualną kontynuację Umowy Podstawowej,
- 3) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

KARENCAJA
§ 10.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego, powodującego osierocenie Dziecka,
 - 3) zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) wystąpienia u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 12) pobytu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 13) pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 14) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 15) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 16) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 17) narodzin Ubezpieczonemu wcześniaka,
 - 18) wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub Małżonki/Konkubiny Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną),
 - 19) poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 20) rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 21) rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 22) rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 23) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 24) wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
 - 25) wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 26) wystąpienia poważnego zachorowania, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 27) z tytułu leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia) oraz w przypadku gdy: trwała całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, operacja chirurgiczna Ubezpieczonego, poważne zachorowanie, rehabilitacja Ubezpieczonego, rekonwalescencja szpitalna Ubezpieczonego lub pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem szpitalnym Ubezpieczonego nastąpiły z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy,
 - 2) z tytułu przeprowadzenia w Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia – 3 miesiące.
3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU stosuje się odpowiednio.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 11.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Dodatkowej, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka, zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (u Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego oraz Rodziców Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego), powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego lub Dziecka Ubezpieczonego), pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku

wypadku przy pracy wypadku, zdarzenia objętego zakresem Pakietu urazowego, lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, leczenia szpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:

- 1) prowadzenie przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień,
 - 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 3) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 4) wystąpienia dyskropatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 5) działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 6) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, sporty powietrzne, lotnicze, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:
- 1) w wyniku usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 2) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi przeprowadzonymi przez osoby nieuprawnione bądź będące następstwem eksperymentów medycznych,
 - 3) w wyniku zatrucia spowodowanego zarówno długotrwałym jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, innych środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek lekarstw zalecanych na ich opakowaniach bądź ulotkach dodanego leku,
 - 4) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - 5) związanej z ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 6) kosmetycznej, rekonstrukcyjnej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych po objęciu danej osoby Umową Dodatkową lub choroby wykrytej po objęciu danej osoby Umową Dodatkową,
 - 7) związanej z leczeniem niepłodności oraz zabiegu związanego z antykoncepcją,
 - 8) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - 9) implantowania zębów,
 - 10) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - 11) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub Małżonki/Konkubiny Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) jest wyłączona w przypadku:
- 1) poronienia biochemicznego,
 - 2) ciąży biochemicznej,
 - 3) ciąży obumarłej,
 - 4) poronienia daremnego (missedabortion, poronienie zatrzymane),
 - 5) pozostałości elementów jaja płodowego (residua post abortum),
 - 6) poronienia sztucznego (aborcja).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych, obrażeń doznanych wskutek spożycia alkoholu, narkotyków lub leków.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, rekonwalescencji szpitalnej lub leczenia szpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
- 1) leczenia: chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw skażenia jonizującego lub chemicznego, następstw powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości, następstw zdarzeń powstałych na skutek pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) wystąpienia padaczki i leczeniem jej następstw,
 - 3) pobytu rehabilitacyjnego,
 - 4) pobytu w ramach prewencji rentowej.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
- 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 2) zaburzeń psychicznych i zachowania,
 - 3) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 4) pobytu diagnostycznego,
 - 5) ciąży, porodu lub usuwania ciąży,
 - 6) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia),
 - 7) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 8) leczeniem schorzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych.
8. W stosunku do zdarzenia leczenie szpitalne oraz pobyt w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia), odpowiednie zastosowanie mają wyłączenia odpowiedzialności wskazane w Umowie Podstawowej w zakresie dotyczącym odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, skutkującego koniecznością podjęcia przez Ubezpieczonego leczenia szpitalnego oraz w zakresie zdarzenia pobyt w szpitalu – odpowiednio w stosunku do osoby, której dotyczy zdarzenie.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 12.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w § 2 ust. 2 pkt 1) i 2) OWDU, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.

2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, w wyniku wypadku przy pracy (§ 2 ust. 2 pkt 1 OWDU), uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent lub inne osoby, uprawnione do otrzymania świadczenia zgodnie z postanowieniami Umowy Podstawowej.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (§ 2 ust. 2 pkt 2) OWDU) jest Dziecko (Dzieci) Ubezpieczonego.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 13.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej, postanowienia Umowy Podstawowej, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami potrzebnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w Umowie Podstawowej, są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 3) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem,
 - 4) karta wypadku,
 - 5) protokół BHP,
 - 6) decyzją ZUS w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy,
 - 7) orzeczenie odpowiedniego organu rentowego o trwałej całkowitej niezdolności do pracy oraz informacja o przyczynie powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
 - 8) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony,
 - 10) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 11) dokumenty potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu lub lekkiego obrażenia ciała,
 - 12) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 13) zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy,
 - 14) opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG),
 - 15) dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia – w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 16) dokumenty medyczne potwierdzające narodziny Ubezpieczonemu wcześniaka,
 - 17) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie poronienia oraz odpis skrócony aktu małżeństwa – jeśli Ubezpieczony jest mężczyzną, a zdarzenie dotyczy jego Małżonki/Konkubiny,
 - 18) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie i rodzaj operacji chirurgicznej,
 - 19) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie wszczepienia sztucznej zastawki serca,
 - 20) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach,
 - 21) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty słuchu w obu uszach,
 - 22) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy,
 - 23) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie stwardnienia rozsianego,
 - 24) dokumenty medyczne potwierdzające trwałe zaburzenia czynności ruchowej,
 - 25) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie kleszczowego zapalenia opon mózgowych i mózgu.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 14.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tym dniu.
2. Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

UKŁAD NERWOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I		
Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I		
Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	I		
Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	II		
Wszczepienie stymulatora mózgu	II		
Wentrykulostomia	II		
Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II		
Przeszczep nerwu czaszkowego	I		
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I		
Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II		
Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II		
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I		
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I		
Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I		
Usunięcie zmiany opony mózgu	I		
Rekonstrukcja opony twardej	I		
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I		
Drenaż przestrzeni podoponowej	I		
Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I		
Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I		
Wycięcie nerwu obwodowego	III		
Zniszczenie nerwu obwodowego	III		
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	III		
Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	II		
Sympatektomia szyjna	II		
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie przysadki mózgowej	I		
Zniszczenie przysadki mózgowej	II		
Operacja szyszynki	I		
Wycięcie tarczycy całkowite	II		
Wycięcie tarczycy częściowe	III		
Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II		
Wycięcie tarczycy językowej	II		
Wycięcie przytarczyc	II		
Wycięcie grasicy	II		
Wycięcie nadnercza	II		
Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	II		
Całkowite wycięcie sutka	II		
Wszczepienie protezy piersi	II		
Wycięcie zmiany sutka	III		
Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III		
OKO			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie gałki ocznej	II		
Usunięcie zmiany oczodołu	II		
Protezowanie gałki ocznej	III		
Rewizja protezy gałki ocznej	III		
Operacyjna plastyka oczodołu	II		
Nacięcie oczodołu	III		
Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III		
Usunięcie zmiany powieki	III		
Wycięcie nadmiaru powieki	III		
Rekonstrukcja powieki	III		
Korekcja deformacji powieki	III		
Korekcja opadania powieki	II		
Nacięcie powieki	III		
Ochronne zszycie szpary powiekowej	III		
Operacja gruczołu łzowego	III		
Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II		
Operacja kanału łzowego	III		
Złożona operacja na mięśniach okoruchowych		II	
Repozycja mięśnia okoruchowego		II	
Usunięcie mięśnia okoruchowego		II	
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego		II	
Usunięcie zmiany spojówki		III	
Operacja naprawcza spojówki		III	
Nacięcie spojówki		III	
Wycięcie zmiany rogówki		III	
Plastyka rogówki		II	
Operacja naprawcza rogówki		III	
Nacięcie rogówki		III	
Usunięcie zmiany twardówki		III	
Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klawrowaniem		II	
Nacięcie twardówki		III	
Wycięcie tęczówki		III	
Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki		II	
Nacięcie tęczówki		III	
Usunięcie ciała rzęskowego		II	
Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki		II	
Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki		II	
Nacięcie torebki soczewki oka		III	
Wprowadzenie sztucznej soczewki		II	
Operacja ciała szklistego		II	
Zniszczenie zmiany siatkówki		III	
UCHO			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie ucha zewnętrznego	II		
Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III		
Plastyka ucha zewnętrznego	II		
Drenaż ucha zewnętrznego	III		
Otwarcie wyrostka sutkowatego	II		
Operacja naprawcza błony bębenkowej	III		
Drenaż ucha środkowego	III		
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II		
Usunięcie zmiany ucha środkowego	II		
Operacja trąbki Eustachiusza	II		
Operacja ślimaka	I		
Operacja aparatu przedsionkowego	II		
UKŁAD ODDECHOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie nosa	II		
Plastyka nosa	II		
Operacja przegrody nosa	III		
Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III		
Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III		
Operacja nosa zewnętrznego	III		
Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III		
Operacja zatoki czołowej	III		
Operacja zatoki klinowej	III		
Operacja zatoki nosa	III		
Wycięcie gardła	II		
Operacja naprawcza gardła	II		
Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II		
Wycięcie krtani	II		
Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II		
Rekonstrukcja krtani	I		
Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	II		
Częściowe wycięcie tchawicy	I		
Plastyka tchawicy	II		
Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II		
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III		
Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II		
Częściowe usunięcie oskrzela	II		

Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
Przeszczep płuca	I
Wycięcie płuca	I
Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA	
Nazwa procedury	Klasa
Częściowe wycięcie wargi	III
Usunięcie zmiany wargi	III
Korekcja deformacji wargi	II
Wycięcie języka	II
Usunięcie zmiany języka	III
Nacięcie języka	III
Usunięcie zmiany podniebienia	III
Korekcja deformacji podniebienia	II
Wycięcie migdałków	III
Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
Wycięcie ślinianki	III
Usunięcie zmiany ślinianki	III
Nacięcie gruczołu ślinowego	III
Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
Podwiązanie przewodu ślinowego	III
Poszerzenie przewodu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO	
Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie przełyku i żołądka	I
Całkowite wycięcie przełyku	I
Częściowe wycięcie przełyku	II
Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
Zespolenie omijające przełyku	I
Rewizja zespolenia przełyku	II
Operacja naprawcza przełyku	I
Wytworzenie przetoki przełykowej	II
Nacięcie przełyku	II
Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	III
Operacja naprawcza przeponki przeponowej	II
Operacja antyrefluksowa	III
Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III
Całkowite wycięcie żołądka	I
Częściowe wycięcie żołądka	II
Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
Operacja plastyczna żołądka	II
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
Zespolenie żołądkowo-czczce	II
Gastrostomia	III
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
Pyloromyotomia	II
Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
Wycięcie dwunastnicy	II
Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
Zespolenie omijające dwunastnicy	II
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II
Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
Wycięcie jelita czczego	II
Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
Jejunostomia	II
Zespolenie omijające jelita czczego	II

Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
Wycięcie jelita krętego	II
Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
Zespolenie omijające jelita krętego	II
Rewizja zespolenia jelita krętego	II
Wytworzenie ileostomii	II
Rewizja ileostomii	II
Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II
DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
Całkowite wycięcie okrężnicy	I
Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
Resekcja poprzecznicy	II
Lewostronna hemikolektomia	II
Wycięcie esicy	II
Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
Zespolenie omijające okrężnicy	II
Wytonienie jelita ślepego	II
Nacięcie okrężnicy	II
Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	III
Wycięcie odbytnicy	I
Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
Wycięcie odbytu	II
Wycięcie zmiany odbytu	III
Zniszczenie zmiany odbytu	III
Operacja naprawcza odbytu	II
Wycięcie hemoroidów	III
Zniszczenie hemoroidów	III
Drenaż przez okolicę krocza	III
Wycięcie zatoki włosowej	III
INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep wątroby	I
Częściowe wycięcie wątroby	I
Usunięcie zmiany wątroby	I
Nacięcie wątroby	III
Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	III
Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
Zespolenie przewodu wątrobowego	I
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
Nacięcie przewodu żółciowego	II
Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	III
Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III

Przeszczep trzustki	I
Całkowite wycięcie trzustki	I
Wycięcie głowy trzustki	I
Usunięcie zmiany trzustki	II
Zespolecie przewodu trzustkowego	I
Otwarty drenaż zmiany trzustki	II
Nacięcie trzustki	II
Całkowite wycięcie śledziony	II
SERCE	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep płuc i serca	I
Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	I
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
Plastyka przedsionka serca	I
Walwuloplastyka mitralna	I
Walwuloplastyka aortalna	I
Plastyka zastawki trójdzielnej	I
Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
Rewizja plastyki zastawki serca	I
Otwarta walwulotomia	I
Zamknięta walwulotomia	I
Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	II
Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
Otwarta koronaroplastyka	I
Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej ze wszczepieniem stentu	II
Otwarta operacja układu bódźcoprzewodzącego serca	I
Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
Inny stały sposób stymulacji serca	I
Wycięcie osierdzia	I
Drenaż osierdzia	II
Nacięcie osierdzia	II
NACZYNNIA TĘTNICZE ORAZ ŻYLNIE	
Nazwa procedury	Klasa
Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
Przezskórna operacja tętnicy płucnej	II
Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
Plastyka aorty	I
Przeznaczeniowa operacja aorty	II
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I

Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	III
Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
Wycięcie innej tętnicy	III
Operacja naprawcza innej tętnicy	III
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
Zespolecie tętniczo-żylnie	III
Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	III
UKŁAD MOCZOWY	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep nerki	II
Całkowite wycięcie nerki	II
Częściowe wycięcie nerki	II
Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
Nacięcie nerki	II
Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
Operacja nerki przez nefrostomię	III
Wycięcie moczowodu	II
Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
Reimplantacja moczowodu	II
Operacja naprawcza moczowodu	II
Nacięcie moczowodu	II
Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II
Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Powiększenie pęcherza	II
Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	III
Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
Brzusza plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
Wycięcie cewki moczowej	II
Operacja naprawcza cewki moczowej	II
Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III
NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE	
Nazwa procedury	Klasa
Usunięcie moszny	III
Obustronne wycięcie jąder	II
Usunięcie jednego jądra	III
Usunięcie zmiany jądra	III
Obustronne sprowadzenie jąder	II
Protezowanie jądra	III
Operacja wodniaka jądra	III
Operacja najądrza	III
Wycięcie nasieniowodu	III
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
Operacja pęcherzyków nasiennych	II
Amputacja prącia	II
Usunięcie zmiany prącia	III
Operacja plastyczna prącia	III
Protezowanie prącia	III

Operacja napletka	III
ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY	
Nazwa procedury	Klasa
Operacja lechtaczki	III
Operacja gruczołu Bartholina	III
Wycięcie sromu	II
Wycięcie zmiany sromu	III
Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
Wycięcie pochwy	III
Nacięcie zrostów pochwy	III
Usunięcie zmiany pochwy	III
Operacja plastyczna pochwy	III
Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
Plastyka sklepienia pochwy	III
Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
Wycięcie szyjki macicy	III
Zniszczenie zmiany szyjki macicy	III
Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
Usunięcie zmiany macicy metodą endoskopową	III
Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
Częściowe wycięcie jajowodu	III
Wszczepienie protezy jajowodu	III
Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
Nacięcie jajowodu	II
Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
Częściowe wycięcie jajnika	III
Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III
Operacja naprawcza jajnika	III
Pobranie komórki jajowej	III
Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
Operacja więzadła szerokiego macicy	III
Operacja innego więzadła macicy	III
SKÓRA	
Nazwa procedury	Klasa
Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	III
Przeszczep płata skóry owłosionej	III
Przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
Przeszczep płata śluzówki	III
Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
Przeszczep śluzówki	III
Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III
TKANKI MIĘKKIE	
Nazwa procedury	Klasa
Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
Wycięcie oplucnej metodą otwartą	II
Operacja terapeutyczna oplucnej przy użyciu endoskopu	III
Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	III
Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
Plastyka przepukliny pępkowej	III
Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	II
Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III

Operacja dotycząca pępka	III
Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	III
Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
Operacja dotycząca sieci	III
Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
Przeszczep powięzi	III
Wycięcie powięzi brzucha	III
Usunięcie zmiany powięzi	III
Operacja kaletki	III
Przełożenie ścięgna	III
Wycięcie ścięgna	III
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
Uwolnienie ścięgna	III
Zmiana długości ścięgna	III
Wycięcie pochewki ścięgna	III
Przeszczep mięśnia	II
Wycięcie mięśnia	III
Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	III
Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
Drenaż zmiany węzła chłonnego	III
Operacja przewodu limfatycznego	II
Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III
KOŚCI ORAZ STAWY	
Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza czaszki	II
Otwarcie czaszki	I
Wycięcie kości twarzy	III
Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
Wycięcie żuchwy	II
Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
Całkowita rekonstrukcja kciuka	II
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
Całkowite wycięcie kości	III
Wycięcie kości ektopowej	III
Usunięcie zmiany nowotworowej kości	II
Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
Rozdzielenie trzonu kości	II
Rozdzielenie kości stopy	III
Drenaż kości	III
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II

Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	III
Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwknięcia stawu	II
Wtórne nastawienie urazowego zwknięcia stawu metodą otwartą	III
Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
Protezowanie ścięgna	III
Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
Uwolnienie przykurczu stawu	III
Operacja struktur okołostawowych palucha	III
Terapeutyczna artroskopia stawu	III
RÓŻNE	
Nazwa procedury	Klasa
Reimplantacja kończyny górnej	II
Reimplantacja kończyny dolnej	II
Reimplantacja innego narządu	II
Wszczepienie protezy kończyny	I
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
Amputacja palucha	III



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

PAKIET USŁUG ASSISTANCE

REGULAMIN uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

1. Organizatorem Programu „Pakiet Usług Assistance” jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie adres: Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000043309, NIP 527-20-52-806, kapitał zakładowy 224 263 746,00 zł, opłacony w całości.
2. Uczestnikami Programu „Pakiet Usług Assistance” mogą być wyłącznie osoby ubezpieczone w ramach umowy:
 - grupowego ubezpieczenia na życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA, której zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA oraz GRUPA+, której zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - ubezpieczenia na życie SENIOR,
 - ubezpieczenia na życie VIP,
 - ubezpieczenia na życie VIP PLUS.
3. Warunkiem uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest wyrażenie przez Ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 2, pisemnej zgody na uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” poprzez złożenie stosownego oświadczenia w deklaracji zgody / wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance”:
 - 1) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 1) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Gwarancja, którego treść stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
 - 2) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 2) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Grupa lub Grupa+, którego treść stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
 - 3) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 3) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Senior, którego treść stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
 - 4) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 4) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej VIP, którego treść stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
 - 5) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 5) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej VIP PLUS, którego treść stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
5. Prawo do korzystania z usług Programu „Pakiet Medyczny” posiadają również Małżonkowie Uczestników, o których mowa w pkt 2.
6. Uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest bezpłatne.
7. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance” mają prawo korzystać z usług assistance od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło prawidłowe, za dany miesiąc rozliczenie umowy ubezpieczenia uprawniającej do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance”, zgodnie z postanowieniami pkt 2.
8. Prawo Uczestnika do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” wygasa w dniu ustania warunku uprawniającego go do uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, o którym mowa w pkt 2 niniejszego Regulaminu.
9. Program „Pakiet Usług Assistance” obowiązuje od dnia 1 listopada 2019 roku do dnia jego odwołania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z zastrzeżeniem, iż szczegółowe warunki świadczenia usług względem Uczestników Programu „Pakiet Usług Assistance” określają warunki danego pakietu usług obowiązujące w dniu, w którym względem poszczególnych Uczestników rozpoczyna się ich uprawnienie do korzystania z usług assistance zgodnie z postanowieniami pkt 7.
10. Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w treści niniejszego Regulaminu.
11. O dokonanych, w treści niniejszego Regulaminu, zmianach wpływających na warunki Programu „Pakiet Usług Assistance”, bądź zakończeniu Programu „Pakiet Usług Assistance” Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie Ubezpieczonych:
 - a) bezpośrednio lub
 - b) za pośrednictwem Ubezpieczającego w przypadku umów, w których Ubezpieczony nie jest jednocześnie Ubezpieczającym.
12. Dokonanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group powyższych zmian bądź odwołanie Programu „Pakiet Usług Assistance” nie wymaga zgody jego Uczestników.
13. W przypadku zmian treści niniejszego Regulaminu lub odwołania Programu „Pakiet Usług Assistance” Ubezpieczonym przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia.
14. Aktualnie obowiązująca treść Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” oraz załączników nr 1, 2, 3, 4 i 5 do tego Regulaminu dostępna jest również na stronie internetowej Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group pod adresem www.compensa.pl.

§1. DEFINICJE

1. **Choroba przewlekła** – to:
 - 1) stan chorobowy zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem,
 - lub
 - 2) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia;
2. **Członek rodziny** – Małżonek, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego;
3. **Deklaracja woli** – dokument zawierający oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia i zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową;
4. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;
5. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny i związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
6. **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ubezpieczonego ani Lekarzem Ubezpieczyciela;
7. **Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela;
8. **Małżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
9. **Miejsce pobytu** – adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego lub Małżonka podczas zgłoszenia zdarzenia do Ubezpieczyciela;
10. **Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego jako miejsce stałego zamieszkania;
11. **Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrożący zdrowiu lub życiu.
12. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, przypadkowe zdarzenie, wywołane Przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego osoba poszkodowana, niezależnie od swej woli, doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
13. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony;
14. **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
15. **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie losowe, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - 1) energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - 4) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
16. **Rodzic Małżonka** – rodzic Małżonka lub ojczym i macocha Małżonka, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka;
17. **Rodzic Ubezpieczonego** – rodzic Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
18. **Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.
19. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie, niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Małżonkowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
20. **Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali Rehabilitacyjnych;
21. **Transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu lub Małżonkowi przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
22. **Trudna sytuacja losowa** – zgon Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub Dziecka, zgon Rodziców Ubezpieczonego lub zgon Rodziców Małżonka, wystąpienie u Ubezpieczonego lub Małżonka poważnego zachorowania;
23. **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia zawartej w ramach Programu „Pakiet Usług Assistance” organizowanego przez Ubezpieczającego;
24. **Ubezpieczający** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group;
25. **Ubezpieczyciel** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 6691, posiadająca nadany numer NIP: 526 02 14 686, zwana dalej również COMPENSA;
26. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych;

27. **Umowa podstawowa** – zawarta z Ubezpieczającym umowa grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy Super Gwarancja;
28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i które uprawnia do skorzystania z pomocy; za Zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się:
 - 1) Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - 3) Co najmniej 3 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - 4) Co najmniej 5 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - 5) Trudna sytuacja losowa Ubezpieczonego lub Małżonka.

§2. OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną z tytułu Umowy podstawowej.
2. Podstawą przystąpienia do Umowy ubezpieczenia jest złożenie Deklaracji woli.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia oraz przekazać tej osobie warunki ubezpieczenia, przed wypełnieniem Deklaracji woli.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego całej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie woli wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
6. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Dla osób zgłoszonych do Umowy ubezpieczenia przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 5;
 - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 8;
 - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 4) z chwilą upływu okresu wypowiedzenia, zgodnie z ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 7.
10. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§3. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

§4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń, określonych w ustępie 3-7, w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, oraz świadczenia informacyjne określone w ust. 9.
3. W razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
 - 1) dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie – w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leżenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 2) pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie – w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leżenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie, do kwoty 300 PLN;
 - 3) dostarczenie posiłków – wraz z pokryciem kosztów gotowych posiłków, w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leżenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie, do łącznej kwoty 150 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej, wskazanej przez Lekarza prowadzącego leczenie, w razie konieczności pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka w Placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna, w opinii Lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;

- 5) transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia transportu od Lekarza prowadzącego leczenie;
- 6) transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi – w sytuacji gdy Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek nie odpowiada, zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego leczenie, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej;
- 7) proces rehabilitacyjny – na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie; proces rehabilitacyjny obejmuje:
- koszty wizyt fizykoterapeuty w domu, do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, lub
 - koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej, do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie używania Sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 9) dostarczenie do Miejsca pobytu Sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie używania Sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W razie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- wizyta lekarska – w Placówce medycznej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka (wraz z pokryciem kosztów dojazdu i honorariów lekarza), o ile nie jest konieczna, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - wizyta pielęgniarki – w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (wraz z pokryciem kosztów dojazdu i honorariów pielęgniarki), na podstawie pisemnego zalecenia pomocy pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie.
5. W razie co najmniej 3 dniowej Hospitalizacji na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- dostarczenie rzeczy osobistych – za pośrednictwem kuriera, z Miejsca zamieszkania do Szpitala, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka co do przewidywanego czasu Hospitalizacji, do kwoty 150 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - przyjazd Członka rodziny – obejmujący pokrycie kosztów biletów autobusowych lub kolejowych I klasy dla jednego Członka rodziny oraz jego zakwaterowanie w hotelu, do łącznej kwoty 300 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - opieka nad psami/kotami – obejmująca transport oraz pobyt psów/kotów w hotelu lub schronisku dla zwierząt, gwarantującego całodobową opiekę nad zwierzętami, do łącznej kwoty 500 PLN i nie dłużej niż przez okres 3 dni, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Transport Zwierząt domowych jest realizowany na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie co do przewidywanego czasu Hospitalizacji oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
 - opieka nad Dziećmi – w Miejscu zamieszkania, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka co do przewidywanego czasu Hospitalizacji, do kwoty 500 PLN i nie dłużej niż przez okres 3 dni, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego; Opieka nad Dziećmi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
6. W razie co najmniej 5 dniowej Hospitalizacji na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- pomoc domowa oraz pielęgniarska – po zakończeniu Hospitalizacji, do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego; świadczenie dotyczy pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych, pomocy w ubraniu i umyciu się, pomocy w podaniu leków i zrobieniu zastrzyków przepisywanych przez Lekarza prowadzącego leczenie a także pomocy w przygotowaniu posiłków, zrobieniu zakupów, wykonywaniu drobnych porządków (odkurzanie, zmywanie, mycie podłóg);
 - świadczenie sanatoryjne – po zakończeniu Hospitalizacji, na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmujące następujące koszty pobytu w Sanatorium:
 - zakwaterowania,
 - wyżywienia,
 - zaleconych zabiegów;
 Powyższe koszty są pokrywane do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. W razie Trudnej sytuacji losowej Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pomocy psychologa.
8. Wszystkie świadczenia wymienione w ust. 3-7 pokrywane są do łącznej kwoty 1600 PLN, która stanowi górną granicę odpowiedzialności w 12 miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej, oddzielnie w odniesieniu do Ubezpieczonego i Małżonka, z zastrzeżeniem, że limity wymienione w ust. 3 pkt 2), 3), 7), 8), 9), ust. 5 pkt 1), 2), 3), 4), ust. 6 pkt 1), 2) zawierają się w tej kwocie. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
9. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi dostęp do infolinii medycznej w zakresie informacji o:
- danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;
 - placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny;
 - informacje o dietach, zdrowym żywieniu; oraz
 - możliwość telefonicznej rozmowy z Lekarzem Ubezpieczyciela, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi odpowiedzi na zadane pytania.
10. Tabela (limity świadczeń):

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego	Zakres	Limity	Uprawniony do świadczenia
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do łącznego limitu	Ubezpieczony lub małżonka/małżonek
	Pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do 300 PLN	
	Dostarczenie posiłków	do 150 PLN	
	Transport medyczny do Placówki medycznej	do łącznego limitu	
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami	do łącznego limitu	
	Transport medyczny z Placówki medycznej	do łącznego limitu	
	Proces rehabilitacyjny	do 600 PLN	
	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	do 400 PLN	
	Dostarczenie do Miejsca pobytu Sprzętu rehabilitacyjnego	do 400 PLN	
	Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska Wizyta pielęgniarska	
Co najmniej 3 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku	Dostarczenie rzeczy osobistych	do 150 PLN	
	Przyjazd Członka rodziny	do 300 PLN	
	Opieka nad psami/kotami	do 500 PLN/3 dni	
Co najmniej 5 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego	Opieka nad Dziećmi	do 500 PLN/3 dni	
	Pomoc domowa oraz pielęgniarska	do 500 PLN	
Trudna sytuacja losowa	Świadczenie sanatoryjne	do 1000 PLN	
	Pomoc psychologa	do łącznego limitu	
Na życzenie	Infolinia medyczna	Nie dotyczy	
	Infolinia Informacyjna	Nie dotyczy	

§5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI:

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe z tytułu lub następstw:
 - zdarzeń, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - umyślnego działania Ubezpieczonego/Małżonka;
 - rażącego niedbalstwa, chyba że załata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia lub usiłowania popelnienia samobójstwa (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka);
 - katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
 - leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;
 - zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Chorób przewlekłych;
 - zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- W razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego i chęci skorzystania ze świadczeń określonych w §4 ust. 3-7, Ubezpieczony lub Małżonek powinien niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu 22 295 82 01 i podać następujące informacje:
 - status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony/Małżonek),
 - PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - inne informacje niezbędne pracownikowi Ubezpieczyciela do realizacji świadczeń.

2. Ponadto, w celu realizacji świadczenia sanatoryjnego (§ 5 ust. 6 pkt 2) Ubezpieczony/ Małżonek zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zawierającą:
 - 1) informację o dacie początku i końca Hospitalizacji Ubezpieczonego lub Małżonka oraz jej przyczynach, pozwalających ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
 - 2) pisemne zalecenie lub skierowanie od Lekarza prowadzącego leczenie, przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej;
 - 3) pisemne potwierdzenie od Lekarza prowadzącego leczenie o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. Jeżeli Ubezpieczony/Małżonek z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty świadczeń określonych w §4 ust. 3-7, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty świadczeń na podstawie przedłożonych Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego dokumentów potwierdzających fakt zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienia tych kosztów, z zastrzeżeniem że Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione przez Ubezpieczonego, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu świadczeń ustalonego dla danego świadczenia, do wysokości łącznej kwoty określonej w §4 ust. 8.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia w terminie, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie, o którym mowa w ust. 3, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
7. W przypadku zorganizowania świadczeń we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 3.

§7. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacja może zostać złożona w formie:
 - 1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w siedzibie COMPENSY lub w jednostce terenowej;
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00,
 - 3) ustnie do protokołu, podczas wizyty w siedzibie COMPENSY lub jednostce terenowej COMPENSY - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;
 - 4) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną.
3. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;
 - 2) adres osoby wnoszącej reklamację;
 - 3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;
 - 4) PESEL/REGON;
 - 5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.
4. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.
5. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSA bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 5, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:
 - 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
 - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Odpowiedzi na reklamacje COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi - za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej - na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).

10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

SUPER GWARANCJA

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0218

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy Super Gwarancja o symbolu BRP-0218 zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r.:

1. po § 20 dodaje się § 20a o następującym brzmieniu:

„§ 20A. DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana, o ile i tak długo dopóki nie zostały nałożone sankcje gospodarcze, handlowe lub finansowe ani embarga przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych lub Polskę, mające bezpośrednie zastosowanie dla umawiających się stron. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarg nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.”.

§ 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 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada na dzień 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

SUPER GWARANCJA

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA O SYMBOLU BRP-0318

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy Super Gwarancja o symbolu BRP-0318 zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r.:

1. § 1 ust. 1 pkt 8) otrzymuje następujące brzmienie:

„8) trwała całkowita niezdolność do pracy – powstała w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia całkowita utrata przez osobę, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, która na podstawie dokumentacji medycznej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez osobę, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia.

Za dzień wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku albo dzień zdiagnozowania schorzenia niebędącego nieszczęśliwym wypadkiem, a w przypadku wydania wobec osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w tymże dokumencie.

Towarzystwo uznaje trwałą całkowitą niezdolność do pracy, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe orzeczone po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, sumuje się.

Towarzystwo uznaje również, że wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy w przypadku, gdy:

1) na podstawie dokumentacji medycznej osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, lekarz wydający opinię medyczną dla Towarzystwa uzna, że osoba, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe jest niezdolna do samodzielnej egzystencji rozumianej jako takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych na okres dłuższy niż 5 lat,

albo

2) w stosunku do osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe orzeczone po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, sumuje się.”.

2. § 2 ust. 2 pkt 6) otrzymuje następujące brzmienie:

„6) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, jeżeli zdiagnozowanie schorzenia będącego przyczyną niezdolności nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej: 50% sumy ubezpieczenia.”.

3. § 13 ust. 2 pkt 7) otrzymuje następujące brzmienie:

„7) dokumentacja medyczna dotycząca przyczyny powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec osoby, u której wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy, po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o trwałej całkowitej niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z zaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji przed upływem tego okresu, o ile zostało albo zostały wydane.”.

4. W § 13 ust. 2 po pkt 7) i pkt 7b) o następującym brzmieniu:

„7a) dokument potwierdzający, że trwała całkowita niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem:

a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło osobie, u której wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy pomocy medycznej,

7b) dane adresowe placówek medycznych, w których osoba, u której wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy była leczona.”.

§ 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 16/11/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 listopada 2020 r. wchodzi w życie z dniem 23 listopada 2020 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 grudnia 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

SUPER GWARANCJA

ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0218

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy Super Gwarancja o symbolu BRP-0218 zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych ogólnych warunków z dniem 1 maja 2021 r. lub dniem późniejszym:

1. w § 1 dodaje się ust. 25 w brzmieniu:

„25. **Choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa, muszą być ustalone przez jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień ustalenia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.”

2. w §2:

1) ust. 3 pkt 1) otrzymuje brzmienie:

„1) w zakresie podstawowym (obligatoryjnym); z tytułu zgonu Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej): 50%- 500%.”

2) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

„5. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące przedpłatę na poczet świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 300.000 PLN. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej.

6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.”

3. w §10 dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

„13. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania składki za Ubezpieczonego w dotychczasowej wysokości.”

4. w § 13 ust. 2 pkt 1) otrzymuje brzmienie:

„1) zgon Ubezpieczonego; zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej; zgon Dziecka Ubezpieczonego – 3 miesiące.”

5. w §14 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej jest wyłączona w przypadku gdy:

- 1) Choroba śmiertelna powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku odpowiedzialności,
- 2) wystąpienie Choroby śmiertelnej jest wynikiem chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub zatrucia spowodowanego spożyciem tych substancji lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.”

6. w §17 ust. 5 dodaje się pkt 13) w brzmieniu:

„13) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępianie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy.”

§ 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 24/03/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 marca 2021 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



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

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

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

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Tel: +48 22 867 66 67, 22 501 61 00