



Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Postępu 15B
02-676 Warszawa
T 913 913 913
centrumklienta@generali.pl
generali.pl

Warszawa, dn. 05.05.2021

Centrum Opieki Paliatywnej
pl. Kościelny 2
45-555 Opole

Witamy w gronie klientów Generali

Prosimy, aby zapoznali się Państwo z zasadami bieżącej obsługi umowy

Nr polisy	90020006155
Ubezpieczający	Centrum Opieki Paliatywnej
Nazwa ubezpieczenia	Grupowe Ubezpieczenie na Życie dla małych i średnich firm

Szanowni Państwo!

Dziękujemy za zaufanie, jakim obdarzyli nas Państwo zawierając umowę grupowego ubezpieczenia na życie.

Jak przystąpić do ubezpieczenia

Do ubezpieczenia można przystąpić on-line poprzez **e-deklarację**. Wystarczy, że nowe osoby wejdą na stronę www.grupowe.generali.pl, wprowadzą kod przystąpienia, a następnie wypełnią i zatwierdzą deklarację.

Jak zgłosić inne zmiany na liście ubezpieczonych

Inne zmiany mające wpływ na wysokość składki należnej za dany okres rozliczeniowy np. wyrejestrowanie z ubezpieczenia, prosimy zgłaszać przez **Portal dla Partnera** przed datą ich obowiązywania. Dane wprowadzone po terminie zostaną zaakceptowane od następnego okresu rozliczeniowego, co może wiązać się ze zwrotem nadpłaconej składki lub koniecznością jej dopłaty.

Jak zmienić dane osobowe lub uposażonego

W **Koncie Klienta** ubezpieczeni samodzielnie mogą zmienić nazwisko, dane kontaktowe oraz uposażonych.

Jak się z nami skontaktować

Wszystkie pytania związane z bieżącą obsługą umowy prosimy, aby kierowali Państwo do opiekuna umowy na adres: grupowe@generali.pl.

Z wyrazami szacunku

Filip Przydróżny
Dyrektor Departamentu Obsługi Klienta i Procesów Ubezpieczeniowych



Centrum Klienta 913 913 913, centrumklienta@generali.pl
Pomoc medyczna – EUROP ASSISTANCE POLSKA tel. 22 543 88 08

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM

POLISA NR 90020006155

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO			
Ubezpieczający	Centrum Opieki Palliatywnej pl. Kościelny 2 45-555 Opole	Nr wniosku	9632472
Data początku okresu ubezpieczenia	01.12.2017	Kryterium podziału na podgrupy	Brak
Data końca okresu ubezpieczenia	30.11.2021	Liczba podgrup	1
Data rocznicy polisy	Co roku: 1 grudnia	Nr rachunku bankowego właściwy dla kolejnych wpłat składek	66 1030 1944 7374 9002 0006 1558

ZAKRES UBEZPIECZENIA			
PODGRUPA - Pracownicy	SUMA UBEZPIECZENIA	ŁĄCZNA KWOTA ŚWIADCZEŃ	SKŁADKA OCHRONNA
Śmierć Ubezpieczonego	50 000,00 zł	50 000,00 zł	6,26 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	50 000,00 zł	100 000,00 zł	1,89 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy Pracy	50 000,00 zł	150 000,00 zł	1,06 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	50 000,00 zł	150 000,00 zł	0,58 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy		200 000,00 zł	
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	30 000,00 zł	80 000,00 zł	0,54 zł
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW za 1 % uszczerbku	40 000,00 zł	400,00 zł	7,83 zł
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego za 1 % urazu	10 000,00 zł	100,00 zł	0,70 zł
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu za 1% uszczerbku	10 000,00 zł	100,00 zł	0,45 zł
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Wariant I	5 000,00 zł	5 000,00 zł	3,60 zł
Leczenie specjalistyczne	2 000,00 zł	2 000,00 zł	0,87 zł
Operacje Chirurgiczne Ubezpieczonego	2 500,00 zł	Katalog A - 2 500,00 zł Katalog B - 2 000,00 zł Katalog C - 1 500,00 zł Katalog D - 1 000,00 zł Katalog E - 500,00 zł	1,57 zł
Zabiegi Specjalistyczne	2 500,00 zł	Zgodnie z OWU	2,46 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek NW do 14 dni / od 15 do 120 dnia wskutek choroby do 14 dni / od 15 do 120 dnia dodatkowo OIOM do 5 dni	8 000,00 zł	100,00 zł / 40,00 zł 64,00 zł / 40,00 zł 80,00 zł	3,04 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy Pracy do 14 dni / od 15 do 30 dnia	5 000,00 zł	150,00 zł / 55,00 zł	0,25 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego do 14 dni / od 15 do 30 dnia	5 000,00 zł	150,00 zł / 55,00 zł	0,10 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy do 14 dni / od 15 do 30 dnia		200,00 zł / 70,00 zł	
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu do 14 dni / od 15 do 30 dnia	5 000,00 zł	114,00 zł / 55,00 zł	0,06 zł
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	200,00 zł	200,00 zł	1,09 zł
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby wskutek NW i choroby od 1 do 30 dnia	5 000,00 zł	50,00 zł	1,34 zł
Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego	2 000,00 zł	do 2 000,00 zł	3,20 zł
Śmierć Współmałżonka	10 000,00 zł	10 000,00 zł	1,71 zł
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	5 000,00 zł	15 000,00 zł	0,12 zł
Poważne zachorowanie Współmałżonka	1 500,00 zł	1 500,00 zł	0,97 zł
Śmierć Dziecka	2 000,00 zł	2 000,00 zł	0,07 zł
Śmierć Dziecka wskutek NW	2 000,00 zł	4 000,00 zł	0,03 zł
Osierocenie Dziecka	1 500,00 zł	1 500,00 zł	0,16 zł
Poważne Zachorowanie Dziecka	2 000,00 zł	2 000,00 zł	0,25 zł
Urodzenie Dziecka	1 400,00 zł	1 400,00 zł	9,77 zł
Urodzenie Dziecka Martwego	1 000,00 zł	1 000,00 zł	0,02 zł
Śmierć Rodziców	2 200,00 zł	2 200,00 zł	6,39 zł
Śmierć Teściów	2 200,00 zł	2 200,00 zł	4,38 zł
Pomoc medyczna	-----	zgodnie z OWU	0,51 zł
Mediplan	-----	zgodnie z OWU	1,99 zł
Mediplan Dziecko	-----	zgodnie z OWU	0,89 zł

SKŁADKI I LIMITY			
Składka opłacana ze środków Ubezpieczonego (za każdego Ubezpieczonego)			
Składka	Całkowita	Ochronna	Inwestycyjna
Podgrupa 1 (Pracownicy)	64,15 zł	64,15 zł	nie dotyczy

Płatność składki ochronnej: miesięczna
Termin należności składki: 01. dzień każdego miesiąca kalendarzowego w okresie ubezpieczenia. Prolongata terminu płatności wynosi 15 dni. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w polisie ubezpieczeniowej. Prolongata płatności składki znajduje zastosowanie począwszy od pierwszej należnej składki.

Limit Automatycznej Akceptacji
Podgrupa 1 (Pracownicy) 100,00 zł
Ubezpieczeni są zobowiązani do podpisania się pod Oświadczeniem o stanie zdrowia zawartym w deklaracji przystąpienia lub do wypełnienia kwestionariusza medycznego, w przypadku braku możliwości wypełnienia ww.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE

Strony uzgadniają n.w. warunki odmienne od OWU, określonych poniżej jako „Podstawa zawarcia umowy ubezpieczenia”, które obowiązywać będą w ramach Umowy:

- Art. II ust. 36 OWU przyjmuje następujące brzmienie: pobyt w szpitalu – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 kolejne dni (w przypadku pobytu spowodowanego chorobą), służący przywróceniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala.
- Art. II ust. 36 OWU przyjmuje następujące brzmienie: pobyt w szpitalu – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dni (w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem), służący przywróceniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala.
- Ilekrót w OWU występuje definicja zawału serca (za wyjątkiem Umowy Dodatkowej dotyczącej Śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu), przyjmuje się że definicja zawału serca otrzymuje brzmienie: „Zawał serca - martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: - objawy kliniczne niedokrwienia serca; - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa); - nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych; - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.”
- Na potrzeby Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu przyjmuje się, że definicja zawału serca otrzymuje brzmienie: „Zawał serca powodujący śmierć - martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: - objawy kliniczne niedokrwienia serca; - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa); - nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych; - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji. Kryteria rozpoznania zawału serca są też spełnione w przypadku zgonu sercowego z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwieniowymi w EKG lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, przy czym zgon nastąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stwierdzono zmiany biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć lub gdy biomarkery sercowe nie były oznaczone.”
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "bąblowiec mózgu - usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzona w rozpoznaniu histopatologicznym."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - infekcja bakteryjna skutująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny, potwierdzony przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez: a) obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskany po nakłuciu lędźwiowym i b) konsultanta neurologa. Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przy obecności infekcji wirusem HIV."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "choroba Creutzfelda-Jakoba - zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę neurologa za życia Ubezpieczonego, powodująca niemożność samodzielnej egzystencji wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living"): mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; zdolność do ubierania / rozbierania się; używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki spowodowane stosowaniem leków lub substancji toksycznych."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "choroba Crohna - ciężka postać choroby Crohna – pełnościennie, ziarniniakowe zapalenie jelita, przebiegające wytworzeniem przetoki, niedrożnością lub perforacją jelita. Rozpoznanie potwierdzone być musi badaniem histopatologicznym."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "ciężki rzut wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) - zaostření WZJG przebiegające z wysoką gorączką, zaburzeniami elektrolitowymi, nasiloną biegunką, w trakcie którego doszło do ostrego rozdzęcia okrężnicy (megacolon toxicum), perforacji okrężnicy lub przetoki albo taka postać WZJG, która wymagała częściowego lub całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "choroba neuronu ruchowego - choroba o nieznaną etiologię, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo - rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i / lub neuronów opuszkii. Definicja obejmuje następujące jednostki potwierdzone: a) rdzeniowy zanik mięśni (SMA); b) postępujące porażenie opuszkowe (PBP); c) stwardnienie zanikowe boczne (ALS); d) pierwotne stwardnienie boczne (PLS). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Świadczenie wypłacone będzie jedynie w przypadku, gdy wskutek istniejącego schorzenia Ubezpieczony zdolny jest do poruszania się wyłącznie na poziomie jednej kondygnacji."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "choroba Parkinsona - powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona potwierdzone jest przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych: a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; b) zdolność do ubierania / rozbierania się; c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Termin nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "gruźlica - pierwsze w życiu zakażenie spowodowane prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum), powodujące przewlekłą chorobę dotyczącą jednego z układów: oddechowego, kostno - stawowego, moczowo - pęciowego, pokarmowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Do rozpoznania choroby konieczne jest wyizolowanie prątka gruźlicy z pobranego materiału biologicznego. Termin ten nie obejmuje zakażeń towarzyszących infekcji HIV, zakażeń dotyczących jedynie węzłów chłonnych lub skóry a także spowodowanych prątkami innymi, niż wymienione powyżej."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "neuroborelioza - odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju Borrelia przebiegająca z objawami neuroboreliozy w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołem zaburzeń poznawczych i ołpienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatkowymi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatkimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "ostra niewydolność wątroby - potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby, występująca u osoby bez wcześniejszej przewlekłej choroby tego narządu i niezwiązana z zakażeniem wirusem, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi (INR >1,5) i żółtaczki w ciągu < 4 tygodni od początków objawów. Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem lub substancjami odurzającymi."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "paraliż - całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego. Kończyna rozumiana jest, jako anatomiczna całość: ramię, przedramię i dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "pierwotne (idiopatyczne) nadciśnienie płucne - choroba będąca następstwem przerosła mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (>25mmHg w spoczynku lub >30 mmHg w wysiłku) oraz typowych zmian w badaniu echokardiograficznym serca. Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne)."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "piorunujące (nadostre) wirusowe zapalenie wątroby - pojawienie się w trakcie wirusowego zapalenia wątroby objawów rozległej martwicy wątroby, z towarzyszącymi objawami uszkodzenia nerek, koagulopatii, zaburzeń neurologicznych (encefalopatii wątrobowej, śpiączki). Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej przez leki lub inne substancje chemiczne."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "przewlekła niewydolność oddechowa - stadium przewlekłych nienowotworowych chorób płuc, prowadzących do utrwałej niewydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) badanie gazometryczne - utrzymująca się co najmniej trzy miesiące hipoksemia (ciśnienie parcjalne tlenu pO2 < 60mmHg) lub hiperkapnia (ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla pCO2 > 45mmHg), b) badanie morfologii krwi obwodowej - utrzymująca się co najmniej trzy miesiące poliglobulia (Ht > 55%)."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "sepsa - uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych poniżej: - układ krążenia - skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mm Hg lub średnie <70 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 40 mm Hg u osób z nadciśnieniem tętniczym; - układ oddechowy - PaO2/FiO2 <300 mm Hg, (<200 mm Hg, jeśli występują pierwotne choroby układu oddechowego; - nerki - diureza <0,5 ml/kg/h >2 h przy prawidłowym nawodnieniu lub zwiększenie kreatyninemia o więcej niż 44,2 μmol/l; - przemiana materii - zwiększone stężenie mleczanu; - układ krwiotwórczy i hemostaza - płytki krwi <100 000/μl lub INR >1,5; - wątroba - bilirubina w surowicy >34,2 μmol/l (2 mg/dl); - układ nerwowy - objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, majaczenie, śpiączka)."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusem HBV lub HCV, w którym wyznaczniki laboratoryjne uszkodzenia wątroby oraz wskaźniki immunologiczne i wirusologiczne aktywne zakażenia utrzymują się ponad 6 miesięcy, a stopień aktywności zapalnej ocenianej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4 gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża. Uwaga - w przypadku wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C podczas wykonywania obowiązków zawodowych i przewlekłego zapalenia wątroby świadczenie wypłaca się tylko z tytułu jednego schorzenia."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "stwardnienie rozsiane - choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe)."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "śpiączka - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających."
- Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek - wielokładowa i wielocystynkowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach niniejszej umowy toczень rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (Klasy III - V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa. Klasyfikacja WHO Toczniowego kłębuskowego zapalenia nerek: Zapalenie kłębuszków lub zmiany minimalne Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium Klasa III. Ogniskowe, rozległe zapalenie kłębuszków nerkowych Klasa IV. Rozlane, rozległe zapalenie kłębuszków nerkowych Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem."

24. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "wścieklizna - zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies virus)."
25. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "utrata kończyn - całkowita i nieodwracalna utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Termin obejmuje też utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy."
26. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) - postępujący proces spowodowany znacznym ubytkiem neuronów, w którym oprócz osłabienia funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, zdolności myślenia abstrakcyjnego, itd.) występują zaburzenia wyższych czynności korowych (mowy, rozpoznawania znanych wcześniej przedmiotów, wykonywania wyuczonych czynności celowych, itd.). Choroba musi spowodować: uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali MMSE (Mini-Mental Status Examination). Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych: a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; b) zdolność do ubierania / rozbierania się; c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; i) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków."
27. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "zespół apaliczny - uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną."
28. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "zgorzel gazowa - zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytworzeniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum. Rozpoznanie musi być potwierdzone wyhodowaniem z materiału pobranego z miejsca zakażenia kolonii ww. bakterii."
29. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "zapalenie mózgu - ostre zapalenie tkanki mózgowej, prowadzące do powstania utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy trwałych ubytków neurologicznych, skutkujących niemożnością wykonania przez Ubezpieczonego co najmniej 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living"): a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; b) zdolność do ubierania / rozbierania się; c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia mózgu związanych z zakażeniem HIV. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa."
30. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "utrata mowy - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich wypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy pomocy jakichkolwiek procedur terapeutycznych."
31. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I zostaje rozszerzony o "utrata słuchu - całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu."
32. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "bąblowiec mózgu - usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzona w rozpoznaniu histopatologicznym."
33. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "choroba Creutzfelda- Jakoba - zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę neurologa za życia Ubezpieczonego, powodująca niemożność samodzielnej egzystencji wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living"): mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; zdolność do ubierania / rozbierania się; używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki spowodowane stosowaniem leków lub substancji toksycznych."
34. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "choroba Crohna - ciężka postać choroby Crohna – pełnościenne, ziarniniakowe zapalenie jelita, przebiegające wytworzeniem przetoki, niedrożnością lub perforacją jelita. Rozpoznanie potwierdzone być musi badaniem histopatologicznym."
35. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "choroba neuronu ruchowego - choroba o nieznanym etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo – rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i / lub neuronów opuszek. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe: a) rdzeniowy zanik mięśni (SMA) b) postępujące porażenie opuszkowe (PBP) c) stwardnienie zanikowe boczne (ALS) d) pierwotne stwardnienie boczne (PLS). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Świadczenie wypłacone będzie jedynie w przypadku, gdy wskutek istniejącego schorzenia Ubezpieczony zdolny jest do poruszania się wyłącznie na poziomie jednej kondygnacji."
36. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny, potwierdzony przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez: a) obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym i b) konsultanta neurologa. Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przy obecności infekcji wirusem HIV."
37. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "gruźlica - pierwsze w życiu zakażenie spowodowane prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum), powodujące przewlekłą chorobę dotyczącą jednego z układów: oddechowego, kostno – stawowego, moczowo – piciowego, pokarmowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Do rozpoznania choroby konieczne jest wyizolowanie prątka gruźlicy z pobranego materiału biologicznego. Termin ten nie obejmuje zakażeń towarzyszących infekcji HIV, zakażeń dotyczących jedynie węzłów chłonnych lub skóry a także spowodowanych prątkami innymi, niż wymienione powyżej."
38. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "neuroborelioza - odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju Borrelia przebiegająca z objawami neuroboreliozy w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołem zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatkimi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatkimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym."
39. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "choroba Parkinsona - powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona potwierdzone jest przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych: a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; b) zdolność do ubierania / rozbierania się; c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Termin nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych."
40. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "śpiączka - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających."
41. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek - wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach niniejszej umowy toczень rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (Klasy III – V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa. Klasyfikacja WHO Toczniowego kłębuskowego zapalenia nerek: Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium Klasa III. Ogniskowe, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych Klasa IV. Rozlane, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem."
42. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "utrata kończyn - całkowita i nieodwracalna utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Termin obejmuje też utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy."
43. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "utrata mowy - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich wypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy pomocy jakichkolwiek procedur terapeutycznych."
44. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "utrata słuchu - całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu."
45. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "ostra niewydolność wątroby - potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby, występująca u osoby bez wcześniej przebiegłej choroby tego narządu i niezwiązana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi (INR >1,5) i żółtaczki w ciągu < 4 tygodni od początków objawów. Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem lub substancjami odurzającymi."
46. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusem HBV lub HCV, w którym wyniki laboratoryjne uszkodzenia wątroby oraz wskaźniki immunologiczne i wirusologiczne atakowego zakażenia utrzymują się ponad 6 miesięcy, a stopień aktywności zapalnej ocenianej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4 gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża. Uwaga – w przypadku wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C podczas wykonywania obowiązków zawodowych i przewlekłego zapalenia wątroby świadczenie wypłaca się tylko z tytułu jednego schorzenia."
47. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "sepsa - uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych poniżej: - układ krążenia – skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mm Hg lub średnie <70 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 40 mm Hg u osób z nadciśnieniem tętniczym; - układ oddechowy – PaO2/FiO2 <300 mm Hg, (<200 mm Hg, jeśli występują pierwotne choroby układu oddechowego; - nerki – diureza <0,5 ml/kg/h >2 h przy prawidłowym nawodnieniu lub zwiększenie kreatyninemia o więcej niż 44,2 μmol/l; - przemiana materii – zwiększone stężenie mleczanu; - układ krwiotwórczy i hemostaza – płytki krwi <100 000/μl lub INR >1,5; - wątroba – bilirubina w surowicy >34,2 μmol/l (2 mg/dl); - układ nerwowy – objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, mjączenie, śpiączka)."
48. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "paraliż - całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego. Kończyna rozumiana jest, jako anatomiczna całość: ramię, przedramię i dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa."
49. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "stwardnienie rozsiane - choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę

w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe)."

50. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "pierwotne (idiopatyczne) nadciśnienie płucne - choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (>25mmHg w spoczynku lub >30 mmHg w wysiłku) oraz typowych zmian w badaniu echokardiograficznym serca. Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne)."

51. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "wścieklizna - zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies wirus)."

52. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimerera) - postępujący proces spowodowany znacznym ubytkiem neuronów, w którym oprócz osłabienia funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, zdolności myślenia abstrakcyjnego, itd.) występują zaburzenia wyższych czynności korowych (mowy, rozpoznawania znanych wcześniej przedmiotów, wykonywania wyuczonych czynności celowych, itd.). Choroba musi spowodować: uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali MMSE (Mini-Mental Status Examination). Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych: a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; b) zdolność do ubierania / rozbierania się; c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków."

53. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "zapalenie mózgu - ostre zapalenie tkanki mózgowej, prowadzące do powstania utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy trwałych ubytków neurologicznych, skutkujących niemożnością wykonania przez Ubezpieczonego co najmniej 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living"): a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; b) zdolność do ubierania / rozbierania się; c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia mózgu związanych z zakażeniem HIV. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa."

54. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "zespół apaliczny - uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną."

55. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "zgorzel gazowa- zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum. Rozpoznanie musi być potwierdzone wyhodowaniem z materiału pobranego z miejsca zachorowania kolonii ww. bakterii."

56. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "piorunujące (nadostre) wirusowe zapalenie wątroby - pojawienie się w trakcie wirusowego zapalenia wątroby objawów rozległej martwicy wątroby, z towarzyszącymi objawami uszkodzenia nerek, koagulopatii, zaburzeń neurologicznych (encefalopatii wątrobowej, śpiączki). Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej przez leki lub inne substancje chemiczne."

57. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "ciężki rzut wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) - zaostření WZJG przebiegające z wysoką gorączką, zaburzeniami elektrolitowymi, nasiloną biegunką, w trakcie którego doszło do ostrego rozdęcia okrężnicy (megacolon toxicum), perforacji okrężnicy lub przetoki albo taka postać WZJG, która wymagała częściowego lub całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego."

58. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Współmałżonka zostaje rozszerzony o "przewlekła niewydolność oddechu - stadium przewlekłych nienowotworowych chorób płuc, prowadzących do utrwalonej niewydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) badanie gazometryczne – utrzymująca się co najmniej trzy miesiące hipoksemia (ciśnienie parcjalne tlenu pO₂ < 60mmHg) lub hiperkapnia (ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla pCO₂ > 45mmHg), b) badanie morfologii krwi obwodowej – utrzymująca się co najmniej trzy miesiące poliglobulia (Ht > 55%)."

59. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Dziecka zostaje rozszerzony o "stwardnienie rozsiane- choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe)."

60. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Dziecka zostaje rozszerzony o "utrata wzroku- całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20 procent, spowodowana zachorowaniem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę."

61. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Dziecka zostaje rozszerzony o "przeszczep dużych narządów- przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub alogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek."

62. Zakres Umowy Dodatkowej dotyczący poważnego zachorowania Dziecka zostaje rozszerzony o "bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych- infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny, potwierdzony przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia zdarzenia. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez: a) obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym i b) konsultanta neurologa. Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przy obecności infekcji wirusem HIV."

63. Art. XV ust. 18 pkt 3 OWU przyjmuje brzmienie: 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości: 1) 0,7 % sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

64. Art. XV ust. 18 pkt 4 OWU przyjmuje brzmienie: 4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości: 1) 1,25% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

65. Art. II ust. 11 OWU przyjmuje brzmienie: „deklaracja – dokument, w którym Pracownik/Współmałżonek/Partner/ Pełnoletnie dziecko wyraża wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej; może on zostać złożony w postaci papierowej deklaracji (forma pisemna) lub postaci elektronicznej-formularza elektronicznego (forma dokumentowa) za pomocą aplikacji Generali;"

66. Art. IV ust. 1 pkt 2) OWU przyjmuje brzmienie: „kompletu deklaracji."

67. Art. V ust. 7 OWU przyjmuje brzmienie: „Za datę przystąpienia do Umowy przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu złożenia deklaracji z zastrzeżeniem ust. 8."

68. Art. V ust. 8 OWU przyjmuje brzmienie: „Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na termin należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, pod warunkiem wypełnienia i wysłania deklaracji przed tym dniem."

69. Art. V ust. 9 OWU przyjmuje brzmienie: „Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która złożyła deklarację oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo. Towarzystwo przyjmuje oświadczenia woli oraz inne dokumenty, o których mowa powyżej, nie starsze niż 3 miesiące od dnia ich podpisania lub złożenia oświadczenia woli za pośrednictwem formularza elektronicznego przez osobę przystępującą do Umowy."

70. Art. V ust. 22 OWU przyjmuje brzmienie: "Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na dzień najbliższej miesięcznicy polisy przypadającej po dniu złożenia oświadczenia."

PODSTAWA ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm Nr 6/2017
2. Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Tabela Uszczerbków na Zdrowiu
3. Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Katalog Operacji Chirurgicznych
4. Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Katalog poważnych zachorowań
5. Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Katalog Operacji Chirurgicznych
6. Załącznik nr 6 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Katalog poważnych zachorowań Dziecka
7. Załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Katalog zabiegów specjalistycznych

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

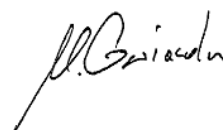
W okresie 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym została zawarta lub odnowiona umowa ubezpieczenia, wyklucza się możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy.

Ubezpieczający nie może być Uposażonym.

Towarzystwo:



Filip Przydróżny
Dyrektor Departamentu Obsługi Klienta i Procesów Ubezpieczeniowych



Marcin Gwiazda
Menedżer ds. Obsługi Umów Korporacyjnych
Departament Obsługi Klienta i Procesów Ubezpieczeniowych

Ubezpieczający:



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie
dla Małych i Średnich Firm

Obowiązują od 1 lutego 2017 roku

generali.pl



Spis treści

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)	5
Artykuł I Postanowienia ogólne	10
Artykuł II Definicje	10
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności	13
Artykuł IV Zawarcie Umowy ubezpieczenia	14
Artykuł V Przystępowanie do Umowy ubezpieczenia	15
Artykuł VI Zawieszenie opłacania składek	16
Artykuł VII Prawa i obowiązki Stron	16
Artykuł VIII Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	17
Artykuł IX Zmiany w Umowie ubezpieczenia	17
Artykuł X Składki	18
Artykuł XI Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	18
Artykuł XII Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa	18
Artykuł XIII Wypłata świadczenia	19
Artykuł XIV Uprawnieni do świadczenia	20
Artykuł XV Umowy Dodatkowe	21
1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	21
2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	21
3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	21
4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej	21
5. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	22
6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	22
7. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	22
8. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji	23
9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	23
10. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego	23
11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	24
12. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	24
13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I	25
14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II	25
15. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego	26
16. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego	26
17. Umowa Dodatkowa dotycząca zabiegów specjalistycznych	27
18. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	27
19. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	28
20. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	29
21. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	29
22. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	29
23. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	30
24. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby	30
25. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	30
26. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	30
27. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	31

28. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej	31
29. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	31
30. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka	31
31. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	32
32. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego	32
33. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	32
34. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu	32
35. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	33
36. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka	34
37. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka	34
38. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka	35
39. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	35
40. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	35
41. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	35
42. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka	36
43. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka	36
44. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	37
45. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne	37
46. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	38
47. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	38
48. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	38
49. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego	39
50. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia	39
51. Umowa Dodatkowa dotycząca narodzin Wnuka	39
52. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	39
53. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	39
54. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku	39
55. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku	40
56. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej	40
57. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	43
58. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej	44
59. Umowa Dodatkowa dotycząca urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela	45
Artykuł XVI Indywidualna kontynuacja	45
Artykuł XVII Skargi i zażalenia	45
Artykuł XVIII Postanowienia końcowe	46
Załącznik nr 1 Tabela uszczerbków na zdrowiu	47
Załącznik nr 2 Katalog poważnych zachorowań	61
Załącznik nr 3 Katalog Operacji Chirurgicznych	65
Załącznik nr 4 Katalog zabiegów specjalistycznych	75
Załącznik nr 5 Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	76
Załącznik nr 6 Katalog poważnych zachorowań dziecka	83
Załącznik nr 7 Katalog wad wrodzonych	84
Ogólne warunki umowy dodatkowej „Mediplan”	87
Ogólne warunki umowy dodatkowej „Mediplan pakiet dziecko”	96

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)

	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer zapisu z wzorca umownego	
Postanowienia dla umowy podstawowej i umów dodatkowych:	Art. III ust. 2 i 5, Art. V ust. 13	Art. V ust. 13 Art III ust. 6 Art. XII, Art XIII ust. 8
	Postanowienia dla umów dodatkowych:	
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 1 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 1 pkt 2
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 2 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 2 pkt 2
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 3 pkt 1 i 5	Art. V ust. 3 pkt 2 i 3
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW lub katastrofy naturalnej	Art. XV ust. 4 pkt 2 i 5	Art. XV ust. 4 pkt 3
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 5 pkt 1 i 3 i 6	Art. XV ust. 5 pkt 4
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 7	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 3 i 4 i 7
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 6	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 3 i 6

Niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 8 pkt 4
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 9 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 9 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 10 i 11
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego	Art. XV ust. 10 pkt 3 i 7	Art. XV ust. 10 pkt 4 i 5
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 11 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 10
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 12 pkt 1 i 2 i 6	Art. XV ust. 12 pkt 3 i 7 i 8 i 9 i 11
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I	Art. XV ust. 13 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 13 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II	Art. XV ust. 14 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 14 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Leczenie specjalistyczne	Art. XV ust. 15 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 15 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 16 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 16 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Zabiegi specjalistyczne	Art. XV ust. 17 pkt 2 i 4	Art. XV ust. 17 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 18 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 14	Art. XV ust. 18 pkt 5 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 19 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6	Art. XV ust. 19 pkt 7 i 8 i 9 i 10 i 11
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 20 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 20 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 21 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 21 pkt 4 i 5 i 6 i 7

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 22 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 22 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 23 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 23 pkt 4 i 5 i 6
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby	Art. XV ust. 24 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 24 pkt 5 i 6
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 25 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 25 pkt 5 i 6
Refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych	Art. XV ust. 26 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 26 pkt 2
Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XV ust. 27 pkt 1 i 2 i 4	Art. XV ust. 27 pkt 3 i 4
Rehabilitacja medyczna	Art. XV ust. 28 pkt 1 i 6 i 7	Art. XV ust. 34 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 9
Refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	Art. XV ust. 29 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 29 pkt 2
Śmierć Współmałżonka	Art. XV ust. 30 pkt 1	Art. XV ust. 30 pkt 3 i 4 i 5
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 31 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 31 pkt 3
Śmierć Współmałżonka wskutek NW komunikacyjnego	Art. XV ust. 32 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 32 pkt 3 i 4
Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 33 pkt 1 i 6 i 10	Art. XV ust. 33 pkt 3 i 7 i 8 i 9 i 11
Pobyt Współmałżonka w szpitalu	Art. XV ust. 34 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8	Art. XV ust. 34 pkt 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14 i 15
Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 35 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 35 pkt 8 i 9 i 10 i 11 i 12

Poważne zachorowanie Współmałżonka	Art. XV ust. 36 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 36 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Współmałżonka	Art. XV ust. 37 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 37 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Śmierć Dziecka	Art. XV ust. 38 pkt 1	Art. XV ust. 38 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 39 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 39 pkt 2
Osierocenie Dziecka	Art. XV ust. 40 pkt 1	Art. XV ust. 40 pkt 2
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 41 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 41 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 10
Poważne zachorowanie Dziecka	Art. XV ust. 42 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 42 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7
Operacje chirurgiczne Dziecka	Art. XV ust. 43 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 43 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Pobyt Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 44 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 44 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne	Art. XV ust. 45 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 45 pkt 1 i 5 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14
Pobyt Dziecka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 46 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 46 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 47 pkt 2 i 3	
Urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	Art. XV ust. 48 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 48 pkt 6
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XV ust. 49 pkt 2	
Urodzenie Dziecka martwego lub poronienie	Art. XV ust. 50 pkt 2	Art. XV ust. 50 pkt 2 i 3
Narodziny Wnuka	Art. XV ust. 51 pkt 1 i 2	
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 52 pkt 1	Art. XV ust. 52 pkt 2 i 4 i 5 i 6
Śmierć Teściów	Art. XV ust. 53 pkt 1	Art. XV ust. 53 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7

Śmierć Rodziców wskutek NW	Art. XV ust. 54 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 54 pkt 2 i 4 i 5
Śmierć Teściów wskutek NW	Art. XV ust. 55 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 55 pkt 3 i 4 i 5
Pomoc medyczna	Art. XV ust. 56 pkt 3 i 6 i 8 i 11	Art. XV ust. 56 pkt 5 i 9 i 11
Druga opinia medyczna	Art. XV ust. 57 pkt 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 57 pkt 5 i 7 i 8
Niezdolność do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej	Art. XV ust. 58 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 58 pkt 3 i 4 i 5
Urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela	Art. XV ust. 59 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 59 pkt 3

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM NR 6/2017

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm nr 6/2017, zwane dalej „OWU”, stanowią podstawę zawarcia Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia” zawieraną na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej „Towarzystwem”.

Artykuł II

Definicje

Wymienione poniżej terminy użyte w OWU, we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w Polisie oraz w innych pismach i dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia definiuje się następująco:

1. **ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca Ubezpieczonego;
2. **akt terroryzmu** – użycie przemocy przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej z zamiarem ich zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych;
3. **całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji** – niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozumiana jako naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, orzekana przez lekarza orzecznika właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym względem osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na okres co najmniej 12 miesięcy;
4. **ciąża mnoga** – inaczej ciąża wielopłodowa, występująca w przypadku jednoczesnego rozwoju wewnątrz macicy więcej niż jednego zarodka;
5. **certifikat** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia;
6. **chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową;
7. **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
8. **choroba zawodowa** – choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym. Zgodnie z wykazem chorób zawodowych ogłoszonym w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych – chorobami zawodowymi nauczycieli są:
 - a) guzki głosowe twarde – małe okrągłe twory występujące w przedniej i środkowej części strun głosowych, powodujące drżenie głosu i chrypkę przy dłuższym mówieniu;
 - b) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych (objawiające się pogrubieniem strun głosowych) lub ograniczone zmiany przerostowe (np. polipy krtani) – zmiany powodujące chrypkę i obniżenie głosu;
 - c) niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głosi i trwałą dysfonią (niepełnym zwarciem strun głosowych podczas fonacji) – zmiany powodujące stałą chrypkę oraz czasowy bezgłos;
9. **data początku ochrony ubezpieczeniowej (odpowiedzialności Towarzystwa)** – data przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia;
10. **data zatrudnienia** – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku;
11. **deklaracja** – dokument, w którym Pracownik/Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko wyraża wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej;
12. **dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się po 22. tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstaje przed ukończeniem 26 roku życia;
13. **huragan** – działanie wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/sek według danych podanych przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
14. **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
15. **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane Ubezpieczonemu, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia;
16. **leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu Ubezpieczonego, wykonany w trakcie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu;
17. **lekarz specjalista** – osoba wykonująca zawód lekarza, posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w jednej z następujących specjalizacji: chirurg ogólny, kardiolog, laryngolog, okulista;
18. **limit automatycznej akceptacji** – ustalana przez Towarzystwo i wskazana w Umowie ubezpieczenia maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5), 6), 8), 12) – 18), 22), 23), 28), 29) oraz 40) z jaką Towarzystwo może udzielić ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
19. **Macocho** – zona ojca Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, albo wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Współmałżonka niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
20. **miesięcznica polisy** – każdy taki sam dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego następującego po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, to jest to ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego;
21. **nauczyciel** – nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny zatrudniony w placówce oświatowej
22. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu, przeciążenia oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
23. **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;

24. **niezdolność do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej** – trwała niezdolność do wykonywania obowiązków w zawodzie nauczyciela związana z wystąpieniem u Ubezpieczonego choroby narządu głosu, która może być uznana za chorobę zawodową pod warunkiem, że lekarz medycyny pracy wyda opinię o rozpoznaniu choroby zawodowej, a właściwy państwowy inspektor sanitarny, na podstawie rozpoznania lekarskiego oraz oceny narażenia zawodowego stwierdzi u danego Ubezpieczonego wystąpienie choroby zawodowej zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z 30 czerwca 2009 r w sprawie chorób zawodowych;
25. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anesteziologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt, umożliwiające całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie OIOM nie obejmuje wydziałów sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
26. **Ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Współmałżonka niebędący biologicznym ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
27. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w Polisie;
28. **okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w Polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa;
29. **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Operacjami, w rozumieniu OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne oraz zabiegi niebędące koniecznością medyczną. Definicja obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU;
30. **Osoba współpracująca** – za osobę współpracującą uważa się Współmałżonka, dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, rodziców Ubezpieczonego pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności, zarejestrowane w ZUS jako osoby współpracujące lub osoby fizyczne świadczące na rzecz Ubezpieczającego pracę w oparciu o umowę o współpracę;
31. **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Pracownikiem, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
32. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 rok życia;
33. **placówka oświatowa** – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła ponadgimnazjalna, zespół szkół, szkoła sportowa oraz szkoła mistrzostwa sportowego, szkoła artystyczna, placówka oświatowa – wychowawcza umożliwiająca rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego, a także placówka o charakterze integracyjnym i specjalnym służąca kształceniu osób upośledzonych bądź inna placówka oświatowa zaakceptowana przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy;
34. **placówka rehabilitacyjna** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym definicja „placówki rehabilitacyjnej” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
35. **pobyt Dziecka w szpitalu** – całodobowy pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
36. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
37. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
38. **poronienie** – wydalenie lub wydobycie z ustroju matki zarodka lub płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnych innych oznak życia, takich jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży;
39. **poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań;
40. **powódź** – bezpośrednie zalanie terenów w wyniku podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub zbiornikach wód stojących, sztucznych lub naturalnych zgodnie z komunikatem wydanym przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
41. **pożar** – ogień, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
42. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo. Za Pracownika uznawana jest również osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą występująca w Umowie ubezpieczenia jako **Ubezpieczający** lub **Osoba współpracująca**;
43. **prolongata** – liczba dni, o które Towarzystwo odroczyło opłacenie składki całkowitej, licząc od terminu należności składki. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w danej Umowie ubezpieczenia;
44. **przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
45. **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);
46. **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą promieniowania jonizującego;
47. **rehabilitacja (zabiegi rehabilitacyjne)** – integralna część leczenia poszpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu 3 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu, którego jest następstwem;
48. **rekonwalescencja** – okres powrotu Ubezpieczonego do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu, potwierdzony zwolnieniem lekarskim wydanym przez ten szpital. Do okresu rekonwalescencji nie wlicza się okresu zwolnienia lekarskiego obejmującego pobyt w szpitalu;
49. **rocznica Polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
50. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;

51. **rok polisowy** – każdy rok trwania Umowy ubezpieczenia, liczony od dnia zawarcia umowy do dnia poprzedzającego rocznicę polisy;
52. **rozrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego;
53. **składka całkowita** – suma składek ochronnych i inwestycyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych w danym okresie rozliczeniowym;
54. **składka ochronna** – kwota określona w Polisie i certyfikacie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym;
55. **spożycie alkoholu** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, za spożycie alkoholu uważa się stan gdzie stężenie alkoholu we krwi wynosi co najmniej 0,5 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,25 mg w 1 dm sześciennym;
56. **suma ubezpieczenia** – określona w Polisie i certyfikacie kwota, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
57. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej – działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie szpital nie obejmuje domu opieki, hospicjum, szpitala uzdrowiskowego, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
58. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower oraz pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga”, oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
59. **terapia interferonowa** – podawanie Ubezpieczonemu drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
60. **termin należności składki** – data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach;
61. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka, o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
62. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU;
63. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
64. **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być Pracownik a także Współmałżonek/Partner/ Pełnoletnie dziecko, pod warunkiem przystąpienia do Umowy ubezpieczenia zarówno Współmałżonka/Partnera/ Pełnoletniego dziecka jak i samego Pracownika;
65. **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
- a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia.
- Termin nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
66. **uderzenie pioruna** – bezpośrednie oddziaływanie siły i temperatury pochodzących z wyładowania atmosferycznego (pioruna) lub bezpośredni, natychmiastowy skutek takiego wyładowania, w tym jego pośrednich skutków w postaci przepięcia;
67. **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawarta na podstawie OWU na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem będącymi stronami tejże Umowy, z tytułu której Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach Umowy Podstawowej oraz wybranych przez Ubezpieczającego Umów Dodatkowych;
68. **Umowa Dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres Umowy Podstawowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
69. **Umowa Podstawowa** – Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
70. **Uposażony** – osoba wskazana na piśmie lub elektronicznie przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
71. **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia;
72. **urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela** – co najmniej 180-dniowy, płatny urlop udzielony Ubezpieczonemu i spełniający łącznie następujące warunki:
- a) urlop został udzielony przez dyrektora placówki oświatowej w której Ubezpieczony jest zatrudniony w pełnym wymiarze zajęć na czas nieokreślony, z zastrzeżeniem że przesłanka nie dotyczy Ubezpieczonego będącego nauczycielem akademickim;
 - b) o potrzebie udzielenia urlopu orzekł lekarz;
 - c) urlop został udzielony w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego;
73. **utonięcie** – zatkanie dróg oddechowych płynem;

74. **wada wrodzona** – pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych, nabyte w życiu płodowym, upośledzające czynność ustroju i będące zagrożeniem dla życia Dziecka, o których mowa w Załączniku nr 7 do OWU;
75. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
– umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
– umowa Indywidualnej Kontynuacji zawarta przez Ubezpieczonego z innym ubezpieczycielem;
– umowa Indywidualnej Kontynuacji zawarta przez Ubezpieczonego z Towarzystwem;
w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem oraz z tytułu której ochrona zakończyła się a w przypadku umowy Indywidualnej Kontynuacji zawartej z Towarzystwem zakończy się w ciągu 31 dni od dnia objęcia ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia. Za wcześniejszą umowę ubezpieczenia uważa się wymienione wyżej umowy o ile zachowana została pomiędzy nimi ciągłość ochrony ubezpieczeniowej oraz przy przystępowaniu do Umowy zostały dostarczone dokumenty potwierdzające warunki i okres wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
76. **Wnuc** – dziecko własne lub przysposobione córki albo syna Ubezpieczonego, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży;
77. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
78. **wstrząs anafilaktyczny** – ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna (uogólniona reakcja nadwrażliwości o podłożu alergicznym lub niealergicznym), w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego zagrażające życiu, przebiegająca z typowymi objawami klinicznymi;
79. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
2) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
3) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt 1), chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionym Towarzystwu protokole powypadkowym sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
80. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy lub kierowca, lub pasażer środka lokomocji i uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
81. **zabieg specjalistyczny** – metoda leczenia, niezbędna z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu Ubezpieczonego, albo mająca na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego, wykonywana przez lekarza w placówce podmiotu leczniczego, działającej zgodnie z przepisami prawa miejscowego, znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu;
82. **zadławienie** – zatkanie dróg oddechowych ciałem obcym;
83. **zawał serca** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
a) objawy kliniczne niedokrwienia serca;
b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa, w ramach Umowy Podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego zaistniałą w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa, zakres odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2, może zostać rozszerzony w ramach Umów Dodatkowych o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 4) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej;
 - 5) śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 6) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - 7) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - 9) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
 - 11) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 12) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 13) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I;
 - 14) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II;
 - 15) leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - 16) operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - 17) zabiegi specjalistyczne Ubezpieczonego;

- 18) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 19) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 20) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 21) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 22) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 23) ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 24) rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - 25) rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 26) refundacja kosztów naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 27) refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 28) rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego;
 - 29) refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty;
 - 30) śmierć Współmałżonka;
 - 31) śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 32) śmierć Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 33) trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 34) pobyt Współmałżonka w szpitalu;
 - 35) pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 36) poważne zachorowanie Współmałżonka;
 - 37) operacje chirurgiczne Współmałżonka;
 - 38) śmierć Dziecka;
 - 39) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 40) osierocenie Dziecka;
 - 41) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 42) poważne zachorowanie Dziecka;
 - 43) operacje chirurgiczne Dziecka;
 - 44) pobyt Dziecka w szpitalu;
 - 45) pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne;
 - 46) pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 47) urodzenie Dziecka;
 - 48) urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną;
 - 49) urodzenie Dziecka martwego;
 - 50) urodzenie Dziecka martwego lub poronienie;
 - 51) narodziny Wnuka;
 - 52) śmierć Rodziców;
 - 53) śmierć Teściów;
 - 54) śmierć Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 55) śmierć Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 56) pomoc medyczna;
 - 57) druga opinia medyczna;
 - 58) urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela;
 - 59) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
4. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności potwierdza Polisa lub certyfikat.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej z zastrzeżeniem ust. 6.
 6. W stosunku do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy ubezpieczenia po ukończeniu 69 lat lub ukończyli 69 lat w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Podstawowej ograniczona jest do 50% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego. W stosunku do osób, które ukończą 69 lat w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zapis powyższy obowiązuje od rocznicy polisy następującej po ukończeniu 69 lat.
 7. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo zrealizuje swoje zobowiązania zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Z zastrzeżeniem ust. 5 warunkiem niezbędnym do zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
 - 1) wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 2) kompletu deklaracji podpisanych przez osoby wyrażające wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia na warunkach określonych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 3) wykazu osób deklarujących wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia;
 - 4) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w trybie ofertowym na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożonego przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa w oparciu o propozycję grupowego ubezpieczenia na życie przedstawioną przez Towarzystwo bądź w trybie negocjacji stron. Towarzystwo ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli wolę przystąpienia do niej zadeklaruje min. 75% Pracowników Ubezpieczającego zatrudniającego od 3 do 20 Pracowników, jednak nie mniej niż 3 osoby.
4. Ubezpieczający zatrudniający od 3 do 20 Pracowników może zawrzeć z Towarzystwem tylko jedną Umowę ubezpieczenia.

5. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, różnią się od tych, na podstawie których została przygotowana propozycja warunków ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 20 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów, zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo nowej propozycji grupowego ubezpieczenia na życie ust. 1 stosuje się odpowiednio.
6. Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia, który może przypadać na 1 lub 15 dzień każdego miesiąca kalendarzowego, następujący po łącznym spełnieniu warunków określonych w ust. 1.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
8. Zawarcie Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez zawarcia Umowy Podstawowej.
9. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej Strony na piśmie pod rygorem nieważności nie później niż na 31 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny.
10. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dniu rocznicy Polisy lub za zgodą Towarzystwa w wybraną miesięcznicę polisy.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy ubezpieczenia

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która:
 - 1) jest w wieku co najmniej 15 lat i ma nie więcej niż 72 lata, z zastrzeżeniem ust. 2 i 21;
 - 2) jest Pracownikiem Ubezpieczającego albo Współmałżonkiem albo Partnerem Pracownika albo Pełnoletnim dzieckiem;
 - 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 4) spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz potwierdzone w Polisie;
 - 5) przeszła pozytywnie ocenę ryzyka ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania innych warunków ubezpieczenia osobom, które na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia miały ukończony 69 rok życia.
3. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie wskazanej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia przebywa na zwolnieniu lekarskim, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) osoba przystępująca była ubezpieczona w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 31 dni.
4. W odniesieniu do osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia w dniu jej zawarcia Towarzystwo odstępuje od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile osoba przystępująca była ubezpieczona w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia co najmniej 3 lata.
5. Za datę nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia uważa się późniejszą z dat: datę początku okresu ubezpieczenia lub datę zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 8.
6. Za datę nabycia przez Współmałżonka lub Partnera lub Pełnoletnie dziecko prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia uważa się odpowiednio późniejszą z dat:
 - 1) datę nabycia prawa do przystąpienia przez Pracownika lub
 - 2) najbliższy termin należności składki następujący po dacie:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystąpienia Współmałżonka;
 - b) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystąpienia Partnera;
 - c) ukończenia 18 roku życia – w przypadku przystąpienia Pełnoletniego dziecka.
7. Za datę przystąpienia do Umowy przez osobę, która nabyła prawo do przystąpienia przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu podpisania deklaracji, jeżeli poprawnie i kompletnie wypełniona deklaracja wpłynęła do Towarzystwa przed tym dniem, w przeciwnym wypadku za datę przystąpienia przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu wpłynięcia deklaracji do Towarzystwa, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na termin należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, pod warunkiem podpisania deklaracji przed tym dniem.
9. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która uprzednio wyraziła wolę skorzystania z zastrzeżonej na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia składa deklarację oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo wskazane w deklaracji. Towarzystwo przyjmuje oświadczenia woli oraz inne dokumenty, o których mowa powyżej, nie starsze niż 3 miesiące od dnia ich podpisania przez osobę przystępującą.
10. Pracownikowi, któremu ochrona z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasła z dniem najbliższej miesięcznicy polisy po rozpoczęciu urlopu wychowawczego lub macierzyńskiego lub bezpłatnego i który w związku z tym zawarł z Towarzystwem umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, przysługuje prawo ponownego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została rozwiązana i okres między zakończeniem ochrony z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia a ponownym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 31 dni. Za datę nabycia prawa ponownego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, o którym mowa powyżej – uważa się najbliższy termin należności składki następujący po powrocie Pracownika z urlopu wychowawczego, macierzyńskiego lub bezpłatnego jeżeli zostały spełnione warunki wymienione w ust. 1.
11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo.
12. Jeżeli suma ubezpieczenia przekroczy określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo uzależni rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego w pełnym zakresie, tj. ponad limit automatycznej akceptacji, od indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W celu dokonania indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może żądać od Ubezpieczonego dokumentów dotyczących jego stanu zdrowia oraz skierować go na badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
13. W stosunku do Ubezpieczonych, u których suma ubezpieczenia przekracza limit automatycznej akceptacji na dzień przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo świadczy ochronę tymczasową (tj. ochronę na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, z sumą

- ubezpieczenia równą wysokością limitu automatycznej akceptacji), przez okres nie dłuższy niż 90 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia.
14. W trakcie trwania ochrony tymczasowej Towarzystwo, na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 12, może:
 - 1) objąć Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w deklaracji lub
 - 2) odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową lub
 - 3) zaproponować Ubezpieczonemu objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach innych niż określone w deklaracji.
 15. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 14 pkt 2) – 3) Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie, z tym że w przypadku zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną ubezpieczeniową na warunkach innych niż określone w deklaracji, Towarzystwo wskaże w piśmie proponowaną sumę ubezpieczenia oraz wyznaczy Ubezpieczonemu 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego, z sumą ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo, rozpoczyna się w najbliższą miesięcznicę polisy następującą po bezskutecznym upływie terminu do zgłoszenia sprzeciwu.
 16. Ochrona tymczasowa wygasa:
 - 1) w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu, w którym Towarzystwo podjęło decyzję o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w deklaracji;
 - 2) w przypadku odmowy objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu doręczenia Ubezpieczonemu pisma;
 - 3) w przypadku skutecznego złożenia przez Ubezpieczonego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 15 – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu;
 - 4) w każdym przypadku z upływem 90 dnia licząc od początku ochrony tymczasowej;
 - 5) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony tymczasowej – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o rezygnacji.
 17. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia.
 18. W przypadku nie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę składkę całkowitą.
 19. Jeżeli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo wyrazi zgodę na objęcie ochroną Ubezpieczonego, decyzja Towarzystwa będzie skuteczna z dniem najbliższego terminu należności składki następującego po dacie wydania tejże decyzji.
 20. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
 21. Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5) – 8), 12) – 18), 22) – 24), 28), 29), 34), 36), 37) oraz 56) – 59) może przystąpić osoba, która nie ukończyła 69 lat.
 22. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na dzień poprzedzający najbliższą miesięcznicę polisy przypadającej po dniu złożenia oświadczenia. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Podstawowej jest równoznaczna z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Dodatkowej.

Artykuł VI

Zawieszenie opłacania składek

1. Zawieszenie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego i obowiązuje od najbliższego terminu należności składki przypadającego po dacie akceptacji przez Towarzystwo wniosku złożonego w tej sprawie. Maksymalny okres, na jaki opłacanie składek całkowitych może zostać zawieszona wynosi 36 miesięcy.
2. W okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, a składka całkowita nie jest należna.
3. Wznowienie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego.
4. W przypadku wznowienia opłacania składek ochronnych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania zmiany warunków ubezpieczenia, jeżeli z posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych wynika, że ryzyko ubezpieczeniowe związane ze wznowieniem odpowiedzialności Towarzystwa, odbiega od ryzyka, na podstawie którego ustalono warunki ubezpieczenia przed zawieszeniem opłacania składek całkowitych.
5. Wznowienie odpowiedzialności po okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych następuje począwszy od najbliższego terminu należności składki, następującego po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wznowienie odpowiedzialności oraz po opłaceniu składki całkowitej w terminie jej płatności.

Artykuł VII

Prawa i obowiązki Stron

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczonemu OWU oraz Skorowidza będących podstawą zawarcia Umowy, przed przystąpieniem przez niego do umowy ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonemu Polisy;
 - 4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków Umowy ubezpieczenia, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 5) informowania, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy, Ubezpieczonych o zakresie zmian,
 - 6) informowania Towarzystwa, zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 - 7) przekazywania do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składek całkowitych;

- 8) przekazywania do Towarzystwa, w terminie należności składki całkowitej (bez okresu prolongaty) i w ustalonym przez Towarzystwo formacie, rozliczenia składek wraz z aktualnymi wykazami Ubezpieczonych przystępujących lub występujących z Umowy ubezpieczenia oraz ze wskazaniem przyczyny wystąpienia (w szczególności w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym), z zastrzeżeniem, że za szkody powstałe wskutek błędnie przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 9) przekazywania na wniosek Towarzystwa innych dokumentów.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej lub elektronicznej informacji dotyczącej warunków Umowy ubezpieczenia oraz zmiany warunków Umowy ubezpieczenia, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 3) informowania Ubezpieczonego, Uposażonych oraz innych osób uprawnionych o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową jeżeli takie zdarzenia zostaną zgłoszone;
 - 4) zawiadamiania Ubezpieczonego lub Uposażonego lub innych osób uprawnionych, które zgłosiły roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonym lub innym osobom uprawnionym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.
4. Przeniesienie praw i obowiązków powinno być pod rygorem nieważności zaakceptowane na piśmie przez Towarzystwo.

Artykuł VIII

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 1. miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Upływ okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w miesięcznicę polisy następującą bezpośrednio po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej lub odstąpienie od niej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych albo odstąpieniem od nich. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
5. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej bez wypowiedzenia Umowy Podstawowej skutkuje rozwiązaniem Umowy Dodatkowej w najbliższą rocznicę Polisy.
6. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
7. W przypadku nieopłacenia pierwszej raty składki ochronnej w terminie prolongaty, Towarzystwo może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosiło odpowiedzialność.
8. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej raty składki całkowitej, Towarzystwo po upływie terminu do zapłaty i z uwzględnieniem prolongaty wezwie Ubezpieczającego do zapłaty w dodatkowym terminie 14 dni, z zastrzeżeniem, że brak zapłaty składki w dodatkowym terminie będzie skutkowało rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie tego dodatkowego terminu.
9. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w trybie opisanym w ust. 8 Towarzystwo może wznowić Umowę ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego o ile spełnione zostaną następujące warunki:
 - 1) Wniosek Ubezpieczającego wpłynie do Towarzystwa w terminie do 90 dni od daty rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - 2) Towarzystwo zaakceptuje wniosek i wystawi aneks do Umowy ubezpieczenia potwierdzający zawieszenie ochrony w okresie od daty rozwiązania Umowy ubezpieczenia do daty wznowienia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) Ubezpieczający opłaci składkę ochronną za kolejny okres ochrony ubezpieczeniowej w terminie jej należności;
 - 4) Ubezpieczający odeśle w terminie 14 dni od daty jego wystawienia zaakceptowany aneks, o którym mowa w pkt 2).

Artykuł IX

Zmiany w Umowie ubezpieczenia

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany w Umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze ustaleń pomiędzy Stronami i potwierdzane w formie pisemnej lub elektronicznej pod rygorem nieważności.
3. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak: liczebność, struktura wiekowa, płciowa, rodzaj wykonywanego zawodu oraz stosowane karencje), Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składek ochronnych i inwestycyjnych, obowiązujących w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą Polisy.
4. Odmowa przyjęcia przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez Towarzystwo warunków, o których mowa w ust. 3, złożona w formie pisemnej do dnia rocznicy Polisy, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisowy.
5. Na 30 dni przed każdą rocznicą Polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia oraz składek ochronnych i inwestycyjnych ze skutkiem od najbliższej rocznicy Polisy.

6. Dokonanie zmian warunków w Umowie Podstawowej lub w Umowie Dodatkowej, o których mowa w ust. 3 i w ust. 5, Towarzystwo potwierdzi wystawiając stosowny aneks potwierdzający zakres dokonanych zmian. W przypadku niedokonywania przez Strony żadnych zmian w Umowie ubezpieczenia, Towarzystwo nie jest zobowiązane do wystawiania aneksu, zaś Umowa Podstawowa i Umowa Dodatkowa przedłużają się na zasadach określonych w Art. IV ust. 9.
7. Za zgodą Towarzystwa zmiana, o której mowa w ust. 5 może być wprowadzona również poza rocznicą zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Artykuł X

Składki

1. Obowiązek opłacania składek całkowitych istnieje przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Do opłacania składek zobowiązany jest Ubezpieczający.
3. Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych w zależności od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, okresu karencji, częstotliwości opłacania składek oraz liczebności, struktury wiekowej, płciowej, rodzaju wykonywanego zawodu osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia.
4. Składki z tytułu Umów Dodatkowych opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składki należne z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych mogą pochodzić ze środków finansowych Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, z tym że roszczenie o zapłatę składki całkowitej przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
6. Składkę całkowitą uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
7. Składki należne z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych mogą być płatne z częstotliwością miesięczną. Termin należności składki, prolongata oraz wysokości składek określone są w Polisie.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki całkowitej Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległości w dodatkowym terminie wyznaczonym w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty oraz poinformuje Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia składki całkowitej w wyżej wymienionym dodatkowym terminie. Termin dodatkowy wskazany w wezwaniu do zapłaty nie może być krótszy niż wskazany w obowiązujących przepisach prawa.
9. W przypadku zaległości w opłacaniu jakichkolwiek składek, wpłacane kwoty przeznaczone są na pokrycie pierwszej zaległej składki całkowitej.

Artykuł XI

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) otrzymania przez Towarzystwo dokumentów potwierdzających likwidację Ubezpieczającego;
 - 4) upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę ochronną w przypadku:
 - a) otrzymania oświadczenia o rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia;
 - b) otrzymaniu informacji o ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, przy czym dopuszcza się opłacenie składki za nie więcej niż jeden okres rozliczeniowy rozpoczynający się po dacie ustania stosunku prawnego;
 - 5) upływu okresu na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 6) upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 7) bezskutecznego upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty zaległej składki całkowitej;
 - 8) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem lub Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, ustaje w dniu zaistnienia jednej z okoliczności wskazanej w ust. 2, a ponadto:
 - 1) z końcem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Pracownika;
 - 2) w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie związku małżeńskiego lub oświadczenie Pracownika o ustaniu związku partnerskiego, przy czym oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajęciu odpowiednich przesłanek.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5) – 8), 12) – 18), 22) – 24), 28), 29), 34), 36), 37) oraz 56) – 59) kończy się w dniu najbliższej rocznicy Polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 69 lat.

Artykuł XII

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od objęcia ochroną tego Ubezpieczonego.
2. O ile Umowa Dodatkowa tak stanowi, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, co miało wpływ na zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego/Współmałżonka/Dziecka/Rodzica/Teścia w wyniku samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego/Współmałżonka/Dziecka/Rodzica/Teścia;
 - 5) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 6) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 8) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
 - a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
 - b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,
 pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
 - 9) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, splingów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
 - 10) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
 - 11) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
 - 12) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 13) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
4. Karencję stosuje się w podanych poniżej okresach dla wymienionych zdarzeń będących przedmiotem odpowiednich Umów Dodatkowych:
- 1) 30 dni – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Dziecka w szpitalu, pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne, pobyt Współmałżonka w szpitalu, rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 2) 90 dni – operacje chirurgiczne Ubezpieczonego, zabiegi specjalistyczne Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne Współmałżonka, operacje chirurgiczne Dziecka, poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I, poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II, poważne zachorowanie Współmałżonka, poważne zachorowanie Dziecka, rehabilitacja medyczna, leczenie specjalistyczne, urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela;
 - 3) 9 miesięcy – urodzenie Dziecka, urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną, narodziny Wnuka, zabiegi specjalistyczne: cesarskie cięcie;
- z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia w dniu jej zawarcia powyższe zapisy nie będą miały zastosowania z wyjątkiem pkt 3) powyżej.
5. Ponadto karencje z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych stosuje się dla osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia po upływie 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia. Okres karencji wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej narodzin Wnuka oraz Umowy Dodatkowej zabiegi specjalistyczne: cesarskie cięcie – 9 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia do odpowiedniej Umowy Dodatkowej.
6. Bieg okresu karencji opisanych w ust. 4 liczy się od dnia przystąpienia do Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem iż w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem daną Umowę Dodatkową, bieg okresu karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 31 dni. W przypadku gdy staż Ubezpieczonego zaliczany jest z więcej niż jednej wcześniejszej umowy ubezpieczenia, bieg okresu karencji liczony jest od tej wcześniejszej umowy ubezpieczenia, w której wystąpiła dana Umowa Dodatkowa pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danej Umowy Dodatkowej w kolejno następujących po sobie wcześniejszych umowach ubezpieczenia.
7. Karencję opisaną w ust. 4 stosuje się ponadto w stosunku do rozszerzonego zakresu ochrony oraz nadwyżek tych sum ubezpieczenia, które obowiązywały:
- 1) z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia oraz z tytułu której ochrona względem danego Ubezpieczonego zakończyła się lub
 - 2) do dnia poprzedzającego dokonanie zmian w Umowie ubezpieczenia zgodnie z Art. IX.
- Bieg okresu tej karencji liczony jest od dnia dokonania zmiany zakresu ochrony w ramach danej Umowy Dodatkowej.

Artykuł XIII

Wyplata świadczenia

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do uzyskania świadczenia składa do Towarzystwa wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo.
2. Uposażony/Uposażony Zastępczy z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych dotyczących śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego

- wypadku przy pracy i śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej osierocenia Dziecka – osoba uprawniona do uzyskania świadczenia, składa do Towarzystwa następujące dokumenty:
- 1) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) na wniosek Towarzystwa, inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia.
3. W przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku Uposażony/ Uposażony Zastępczy lub Ubezpieczony dodatkowo składa do Towarzystwa kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
4. Jeżeli Umowa Dodatkowa tak stanowi, osoba uprawniona do uzyskania świadczenia składa ponadto do Towarzystwa następujące dokumenty:
- 1) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej odpowiednio: niezdolność do pracy zarobkowej, całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji, trwałe uszczerbek na zdrowiu, poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu (np. karta leczenia szpitalnego), przeprowadzenie operacji chirurgicznej, leczenie specjalistyczne, zabieg specjalistyczny, przebieg leczenia u Ubezpieczonego lub Współmałżonka lub Dziecka, wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu, urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży – w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;
 - 2) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 3) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie stosownych uprawnień do prowadzenia pojazdu;
 - 4) kserokopię dokumentu potwierdzającego ważność badań technicznych pojazdu;
 - 5) kserokopię odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - 6) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka/Partnera;
 - 7) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 8) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka lub Wnuka;
 - 9) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka/Partnera;
 - 10) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 11) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 12) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 13) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 14) kserokopię dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - 15) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
 - 16) kopię dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo pomiędzy Ubezpieczonym a Wnukiem;
 - 17) kopię wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 18) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem było leczenie rehabilitacyjne oraz fakturę/faktury za rehabilitację;
 - 19) kserokopię skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe lub kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającą urodzenie Dziecka martwego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu urodzenia Dziecka martwego;
 - 20) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poronienia.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W przypadku, gdyby w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 5.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem, oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie on jest osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
8. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego.

Artykuł XIV

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 1) – 5), przysługuje Uposażonemu, Uposażonemu Zastępczemu, w razie braku Uposażonych, z zastrzeżeniem ust. 10.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 6) – 39), 41) – 55) oraz 57) – 59), przysługuje Ubezpieczonemu.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 40) i 56) przysługuje osobie określonej zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych, z zastrzeżeniem ust 10
4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych/Uposażonych Zastępczych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić, składając do Towarzystwa oświadczenie.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4.
6. W przypadku wskazania kilku Uposażonych/Uposażonych Zastępczych jeśli któryś z nich zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.

7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego/Uposażonego Zastępczego lub Uposażony/Uposażony Zastępczy nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 6 oraz ust. 10.
8. Za Uposażonego/Uposażonego Zastępczego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego/Uposażonego Zastępczego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
9. Jeżeli Uposażony/Uposażony Zastępczy zmarł po śmierci Ubezpieczonego, lecz przed dokonaniem na jego rzecz wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje spadkobiercom Uposażonego/Uposażonego zastępczego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Uposażonego/Uposażonego zastępczego, z zastrzeżeniem ust. 6 oraz ust. 10.
10. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia.

Artykuł XV

Umowy Dodatkowe

O ile postanowienia niniejszego Artykułu nie stanowią inaczej, postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (Umowy Podstawowej) stosuje się odpowiednio do Umów Dodatkowych.

1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.

3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia tego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. W przypadku zgłoszenia świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej za stan po spożyciu alkoholu uważa się stężenie alkoholu we krwi, co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3 oraz ust. 4 pkt 3), 4).
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej

1. W rozumieniu Umowy Dodatkowej za nieszczęśliwy wypadek uznaje się utonięcie, wstrząs anafilaktyczny, zadławienie, pożar, uderzenie pioruna natomiast za katastrofę naturalną uznaje się huragan, powódź.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem:
 - 1) utonięcia;
 - 2) zadławienia;
 - 3) wstrząsu anafilaktycznego;
 - 4) pożaru, uderzenia pioruna;
 - 5) powodzi, huraganu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie wymienione w pkt 2 powodujące śmierć Ubezpieczonego nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 2), 4) – 7) oraz ust. 3.

4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3.
 5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek lub katastrofa naturalna oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub katastrofą naturalną nastąpiła przed upływem 180 dni od daty jego zajścia;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zdarzeniem wymienionym w pkt 2 a śmiercią Ubezpieczonego.
- 5. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu.
 2. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Zawał serca powodujący śmierć** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.
 Kryteria rozpoznania zawału serca są też spełnione w przypadku zgonu sercowego z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwieniowymi w EKG lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, przy czym zgon nastąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć lub gdy biomarkery sercowe nie były oznaczone.
 3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu powodujące śmierć Ubezpieczonego nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4) – 7).
 5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1).
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.
 Towarzystwo wypłaci świadczenie o ile przedstawiona dokumentacją medyczna wskaże jako przyczynę śmierci zawał serca lub udar mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym.
- 6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
 2. W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących niezdolność do pracy, pod warunkiem, że okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, ale nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej.
 3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub w następstwie nieszczęśliwych wypadków, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 7), 11), 12) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
 5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 6.
 6. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
 7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
- 7. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
 2. W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy zarobkowej, pod warunkiem, że okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, ale nie później niż po upływie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
 4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
 5. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
 6. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
- 8. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 2. W przypadku powstania całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
 3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) choroba lub nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji zaistniały w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 3) okres niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozpoczął się nie później niż po upływie 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 7), 11) – 12) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
 5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).
- 9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
 3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
 4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
 5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem.
 6. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 12. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
- 10. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego**
1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);

- 2) **zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 3) **skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku złamania, zwichnięcia lub skręcenia nie powodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
 4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręczeniami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwichnięcie, skręcenie u Ubezpieczonego nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
 6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).
 7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, skręcenie lub zwichnięcie nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręczeniem, lub zwichnięciami.
- 11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
 3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procentie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
 4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
 5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu oraz trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
 6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy.
 7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
 8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku przy pracy.
 9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 12. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku przy pracy Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
- 12. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu.
 2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4) – 7).
 4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procentie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
 5. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu oraz trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

7. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub jednym udarem mózgu.
8. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
9. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po zawale serca lub udarze mózgu.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
11. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
12. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
13. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków zawału serca lub udaru mózgu przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłącających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 2 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący oparzenia nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłącających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 10.
10. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantcie II Załącznika nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Wariantcie II Załącznika nr 2 do OWU
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłącających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 2 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłącających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.

5. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 5, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariancie II Załącznika nr 2 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Wariancie II Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 10.
10. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz dotyczyło:
 - 1) chemioterapii albo radioterapii;
 - 2) terapii interferonowej;
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 4) wszczepienia rozrusznika serca;
 - 5) ablacji.
2. W przypadku leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii, terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii;
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, rozrusznika serca;
 - 4) wykonania ablacji.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Ubezpieczonego, spośród wymienionych w pkt 1, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego chemioterapię albo radioterapię.
5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) którego przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli przyczyny przeprowadzenia leczenia specjalistycznego, miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyny leczenia specjalistycznego zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednemu leczeniu specjalistycznemu, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedyncze leczenie specjalistyczne.
8. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leceń specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12).
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

16. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

- 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 13) lub
- 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) operacją której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Ubezpieczonego została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

17. Umowa Dodatkowa dotycząca zabiegów specjalistycznych

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zabiegi specjalistyczne wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu Zabiegów Specjalistycznych, stanowiącym Załącznik nr 4 do OWU.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca zabieg specjalistyczny nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zabiegu specjalistycznego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. W przypadku poddania Ubezpieczonego zabiegowi specjalistycznemu Towarzystwo wypłaci określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych stanowiącym załącznik nr 4 do OWU procent sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania zabiegu specjalistycznego, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu zabiegu specjalistycznego w danym roku polisowym nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu zabiegu specjalistycznego przekracza 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100%.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

18. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej
 i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu, z zastrzeżeniem pkt 14.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 2 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 3 i 4, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, a w przypadku o którym mowa w pkt 2 ppkt 2) – w dniu początku ochrony z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej.

7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia należnego z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
10. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
11. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w ciągu jednego roku polisowego.
12. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
13. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytami w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
14. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 3.
15. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 15).

19. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
5. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10).
9. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w ciągu jednego roku polisowego.
10. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
11. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
12. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
13. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 15).

20. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględni się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 15).

21. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględni się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4. pkt 1), 3), 4), 7), 15).

22. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został zawałem serca lub udarem mózgu zdiagnozowanym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4)–7).
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględni się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 1), 7).

23. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu, z zastrzeżeniem, że zalecenie takie powinno bezpośrednio wynikać z dokumentu potwierdzającego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu początku ochrony (pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej).
5. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo, w oparciu o datę wydania zalecenia zakupu leków w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej, wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. W Umowie Dodatkowej mają zastosowanie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wskazane odpowiednio w Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w zależności od tego, która z tych Umów Dodatkowych została zawarta.
7. Zgłoszenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.

24. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umów Dodatkowych dotyczących pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Ubezpieczonego:
 - 1) miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi 30 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 60 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10).
 - 2) choroba powodująca pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 11) – 12).
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

25. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umów Dodatkowych dotyczących pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o ile pobyt ten powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej, świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Ubezpieczonego:
 - 1) był skutkiem nieszczęśliwego wypadku oraz
 - 2) miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 3) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi 30 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 60 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10)
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

26. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej Załącznik nr 5 do OWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, o ile koszty te nie zostały pokryte z innych źródeł.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.

3. Zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, a wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawionym przez lekarza.

27. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów leczenia, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe z tytułu:
 - 1) udzielenia pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
 - 2) pobytu w szpitalu, przeprowadzenia badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - 3) nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
 - 4) przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w związku z procesem leczenia.

28. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje:
 - 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji z końcową ocenę stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.
2. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych które zostały zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 12).
4. W przypadku, gdy rehabilitacja realizowana była w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w placówce rehabilitacyjnej tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
5. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
6. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej
7. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4 i 9.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 17), 18) oraz oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w związku z rehabilitacją.
9. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe rozumiane jako: nieszczęśliwy wypadek lub operacja lub zawał serca lub udar mózgu, w danym roku polisowym. Łączna wysokość świadczeń nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z Umowy Dodatkowej.

29. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z wizytą Ubezpieczonego u lekarza specjalisty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, przy czym jednorazowe świadczenie nie może przekroczyć kwoty:
 - Wariant 1 – 100,00 zł,
 - Wariant 2 – 150,00 zł,
 - Wariant 3 – 200,00 zł,zgodnie z wyborem wariantu dokonany przez Ubezpieczającego i potwierdzonym w Polisie lub certyfikacie.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7) oraz oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację.

30. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

1. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka, z zastrzeżeniem pkt 3.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.
4. W przypadku opisanym w pkt 3 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Współmałżonka, bieg okresu,

o którym mowa w pkt 3 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 i odnoszących się do Współmałżonka.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 5), 7), 9).

31. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1)–5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 5), 7), 9).

32. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia tego wypadku.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3.
4. W przypadku zgłoszenia świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej za stan po spożyciu alkoholu uważa się stężenie alkoholu we krwi, co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 3) – 5), 7), 9).
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny oraz śmierć Współmałżonka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Współmałżonka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Współmałżonka.

33. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 6) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
5. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika których koszt ponosi Towarzystwo.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Współmałżonka.
7. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
8. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
9. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
11. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Współmałżonka.
12. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

34. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.

3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Współmałżonka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
 4. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek Współmałżonka zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Współmałżonka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 5.
 5. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu Współmałżonka w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 6. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 7. W przypadku pobytu Współmałżonka na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 3 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 5 i 6, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 8. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu a w przypadku o którym mowa w pkt 3 ppkt 2) – w dniu początku ochrony z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej.
 9. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
 10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Współmałżonka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8)- 10) lub
 - 3) pobyt Współmałżonka w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) lub
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci), z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie
 11. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
 12. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględni się tylko jeden raz.
 13. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Współmałżonka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
 14. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Współmałżonka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Współmałżonka.
 15. Jeżeli pobyt Współmałżonka w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
 16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 5), 6), 15).
 17. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu Współmałżonka w szpitalu.
- 35. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Współmałżonka w szpitalu.
 2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
 3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 4. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 5. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 4, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 6. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Współmałżonka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 7. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.

8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10).
10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
11. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
12. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu Współmałżonka związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
13. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 5), 6), 15).
14. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu Współmałżonka.

36. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7) oraz pkt 12) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 2 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Współmałżonka, które jest następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe u Współmałżonka, których następstwem jest wystąpienie, którejkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Współmałżonka ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Współmałżonka wymienionego i zdefiniowanego w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Współmałżonka wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Współmałżonka prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 5), 6) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 10.
10. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

37. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Współmałżonka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Współmałżonka, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Jeżeli Współmałżonek przeszedł operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca operację chirurgiczną Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:

- 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.
6. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Współmałżonka zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
 7. Niezależnie od liczby przeprowadzonych u Współmałżonka operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 3 jest najwyższa.
 8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust 4 pkt 1), 5), 6).

38. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. W przypadku śmierci Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 12).

39. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Dziecka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 7), 12).

40. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Jeśli w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, nastąpi śmierć Ubezpieczonego, powodująca osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 2, ust. 4 pkt 8), 13), 14).

41. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia, rodzaju oraz stopniu (procentie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Dziecka.
6. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.

9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

42. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku nr 6 do OWU chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej, w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w Załączniku nr 6 do OWU.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 6 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Dziecka, jeśli poważne zachorowanie jest następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Załączniku nr 6 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Dziecka, ujawnione w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wymienionego i zdefiniowanego w Załączniku nr 6 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wygasa
7. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 9.
9. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

43. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Dziecka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Dziecka, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Jeżeli Dziecko przeszło operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca operację chirurgiczną u Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej u Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacją zmiany płci, pozabawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.
5. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji zakończyła się;

- 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. Niezależnie od liczby przeprowadzonych u Dziecka operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust 4 pkt 1), 7), 8).

44. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który trwał nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni i który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej
 i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7) oraz pkt 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3 lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci) z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
6. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 7), 8), 15).
10. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu przekracza 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.

45. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który trwał nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni i który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej
 i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Dziecka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 4.
4. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
6. W przypadku pobytu Dziecka na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 2 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 4 i 5, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
7. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) lub

- 3) pobyt Dziecka w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lub
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci), z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie.
 10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Dziecka w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
 11. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 12. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
 13. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, pościem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
 14. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
 15. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 7), 8), 15).
 16. Jeżeli okres pobytu Dziecka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu Dziecka w szpitalu.
- 46. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne.
 2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który to pobyt rozpoczął się i trwał nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu
 4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu Dziecka nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust 3.
 6. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 7. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
 8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
 9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8), 15).
- 47. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.
 2. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
 3. W przypadku przysposobienia Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dacie przysposobienia Dziecka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.
 4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 13).
- 48. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną**
1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka.
 2. W przypadku przysposobienia Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dacie przysposobienia Dziecka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.
 3. W przypadku urodzenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa żywego Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 4.
 4. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt 3 zostanie powiększone o 40% sumy ubezpieczenia należnej z tytułu urodzenia Dziecka w przypadku:
 - 1) ciąży mnogiej – za każde żywe Dziecko urodzone w wyniku ciąży mnogiej;
 - 2) urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem pkt 5 oraz pkt 6.
 5. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 4 ppkt 2) zostanie wypłacone o ile:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia żywego Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 3. roku życia Dziecka;
 - 2) wada wrodzona wymieniona jest w Katalogu wad wrodzonych stanowiącym Załącznik nr 7 do OWU.
 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 4 ppkt 2) nastąpiło:
 - 1) w wyniku choroby lub urazu dotyczących Dziecka a zaistniałych podczas porodu lub po urodzeniu się Dziecka;
 - 2) w związku z chorobą AIDS lub z zarażeniem się Dziecka wirusem HIV w okresie płodowym;
 - 3) na skutek przyjmowania przez Matkę w okresie ciąży: alkoholu lub narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim.
 7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 1), 7), 8), 13).

49. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego lub poronienia.
2. W przypadku urodzenia Dziecka martwego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 19).

50. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego.
2. W przypadku urodzenia Dziecka martwego bądź potwierdzonego dokumentacją medyczną poronienia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego lub w dniu poronienia, z zastrzeżeniem, że w przypadku poronienia w trakcie tej samej ciąży więcej niż jednego płodu będzie wypłacone tylko jedno świadczenie. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poronienia tylko w przypadku, gdy matka dziecka jest osobą Ubezpieczoną bądź Współmałżonką bądź Partnerką.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poronienie nastąpiło wskutek podejmowania przez Matkę działań mogących spowodować uszkodzenie płodu lub poronienie, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 19), 20).

51. Umowa Dodatkowa dotycząca narodzin Wnuka

1. W przypadku urodzenia się żywego Wnuka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Wnuka.
2. W przypadku przysposobienia Wnuka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dacie przysposobienia Wnuka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 16).

52. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodzica w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
3. W przypadku opisanym w pkt 2 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Rodziców, bieg okresu, o którym mowa w pkt 2 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodziców nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1).
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyzna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki.
6. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodziców Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 7), 10).

53. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

1. W przypadku śmierci Teścia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia, z zastrzeżeniem pkt 3.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
4. W przypadku opisanym w pkt 3 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Teściów, bieg okresu, o którym mowa w pkt 3 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Teścia nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1).
6. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyzna lub Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka.
7. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 5) – 7), 11).

54. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Rodzica nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10), oraz ust. 3.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

- 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 7), 11).

55. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Teścia.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Teścia nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 5) – 7), 11).

56. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
 - 5) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
 - 6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z CPG;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 10) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 11) **opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
 - 12) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
 - 13) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodziennie lub całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza. Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka zajmująca się leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w Umowie Dodatkowej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach Umowy Dodatkowej definiuje pkt 6;
 - 15) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
3. W ramach Umowy Dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w pkt 6.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.

5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
6. Zakres odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
- 1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP:
 - a) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - b) dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - c) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - d) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - e) transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;
 - ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
 Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
 - f) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - g) organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na zlecone przez lekarza zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej miejscu zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielną, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń, do wysokości 500 PLN na zdarzenie:
 - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - transport Dziecka lub osoby niesamodzielną do osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielną z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;
 - transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
 - 2) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 4 razy w roku polisowym;
 - 3) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - 4) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów – CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - 5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - a) osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
 - telefoniczna konsultacja z lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w pkt 6 pkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
 - b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu informacji. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu następujące informacje:
 - baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych;

- baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - baza danych placówek opieki społecznej;
 - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
 - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - informacja o ciąży;
 - informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - profilaktyka zachorowań na grypę.
- 6) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium RP:
- a) wizyta lekarza – CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie roku polisowego do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
 - b) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG;
 - c) transport medyczny – CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG;
 - d) transport medyczny powrotny – CPG organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – CPG organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony bądź Współubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f) przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń w lit. b) – e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
7. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
8. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w pkt 6 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisowym, chyba że w opisie świadczenia w pkt 6 taki limit zostanie wskazany.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek:
- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu co miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - 5) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania ma pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
 - 11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
 - 12) chorób przewlekłych;
 - 13) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarskiego, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, surfing,

windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami.

10. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:

- 1) w przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług wskazanych w pkt 6, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
- 2) Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub Współubezpieczonym;
 - f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- 3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony lub Współubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
- 4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ppkt 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG uniemożliwiającą organizację świadczeń, CPG może odmówić organizacji świadczeń.

11. Refundacje:

- 1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
- 2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
- 3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
- 4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
- 5) Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ppkt 3) refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3) .

57. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

- 1) **Best Doctors** – Best Doctors Inc., która mieści się pod adresem: One Boston Place, 32nd Floor Boston, Massachusetts, USA 02108, firma współpracująca z Towarzystwem w ramach Umowy Dodatkowej;
- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej;
- 3) **druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 4) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
- 5) **lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych niniejszą Umową Dodatkową.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje:

- 1) sporządzenie drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b) przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c) przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d) zapewnienia sporządzenia drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e) przetłumaczenia drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje.
- 2) Wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
- 3) Zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.

3. Ubezpieczony ma prawo do usług określonych w pkt 2) ppkt 2) i 3) o ile wcześniej została sporządzona dla niego druga opinia medyczna.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje proces zorganizowania usług określonych w pkt 2., natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
 6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia, o ile rozpoznano u niego chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia, tj.:
 - 1) chorobę Alzheimera;
 - 2) chorobę neuronu ruchowego;
 - 3) chorobę Parkinsona;
 - 4) chorobę serca;
 - 5) niewydolność nerek;
 - 6) nowotwór;
 - 7) paraliż;
 - 8) poważne poparzenie;
 - 9) stwardnienie rozsiane;
 - 10) śpiączkę;
 - 11) transplantację organów;
 - 12) udar mózgu;
 - 13) utratę mowy;
 - 14) utratę słuchu;
 - 15) utratę wzroku;
 - 16) zakażenie wirusem HIV.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 pkt 1) – 3) oraz ust. 3.
 8. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) chorób psychicznych, nerwic, zatrucia alkoholem, narkotykami bądź innymi środkami, odurzającymi;
 - 2) operacji plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem leczenia oparzeń;
 - 3) przypadków związanych lub będących następstwem usuwania ciąży;
 - 4) leczenia i zabiegów dentystycznych;
 - 5) leczenia odwykowego.
 9. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer certyfikatu;
 - 4) okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
 10. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony otrzyma formularze niezbędnych do spełnienia świadczenia.
 11. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku, z którym Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie drugiej opinii medycznej.
 12. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek zawarty w pkt 11.
 13. W przypadku, gdy sporządzenie drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w pkt 12, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe, o czym Ubezpieczony zostanie poinformowany.
- 58. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
 2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu orzeczenia o niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
 3. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela.
 4. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela powstała w wyniku którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12).
 5. Ponadto, Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej powstała wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
 6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej przysługuje Ubezpieczonemu.
 7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 ust. 4 pkt 7) oraz:
 - 1) dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej;
 - 2) kserokopii orzeczenia o niezdolności do pracy zarobkowej wydanej przez uprawniony organ.
 8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 7 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.

59. Umowa Dodatkowa dotycząca urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego na urlopie dla poratowania zdrowia nauczyciela.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na urlopie dla poratowania zdrowia nauczyciela, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wskazanym w dokumentacji wystawionej przez dyrekcję placówki oświatowej i potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu urlopu dla poratowania zdrowia, jako pierwszy dzień trwania tego urlopu.
3. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela powstała w wyniku którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1)-6), 8) – 11).
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 ust. 4 pkt 7) oraz:
 - 1) dokumentacji medycznej wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zalecającą leczenie poprzez udzielenie Ubezpieczonemu prawo do urlopu dla poratowania zdrowia;
 - 2) dokumenty wystawione przez dyrekcję placówki oświatowej, której pracownikiem jest Ubezpieczony, potwierdzające udzielenie Ubezpieczonemu urlopu dla poratowania zdrowia;
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 4 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.

Artykuł XVI**Indywidualna kontynuacja**

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim (pod warunkiem rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia), bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie wychowawczym, bądź rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony złoży w Towarzystwie w tej sprawie wnioski przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia którejkolwiek z ww. zdarzeń powodujących zakończenie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia przez okres, co najmniej 1 miesiąca; w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), długość okresu ochrony ubezpieczeniowej liczona jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia jest nie dłuższy niż 30 dni.
2. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia oznacza zaakceptowanie przez Ubezpieczonego aktualnie obowiązującej propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie przedstawionej przez Towarzystwo po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

Artykuł XVII**Skargi i zażalenia**

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony oraz inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia (zwana dalej „Klientem”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej Reklamacjami”). Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - a) w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres ul. Postępu 15 B, 02-676 Warszawa,
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej klientów.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta. Na wniosek Klienta Towarzystwo potwierdzi wpływ Reklamacji pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Inne osoby niż wymienione w ust. 1 mogą składać Reklamacje w formie i na zasadach wskazanych w ust. 1-3 powyżej. Reklamacje te są rozpatrywane na zasadach i w terminach określonych w ust. 4-5 powyżej, z zastrzeżeniem że Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia Reklamacji w sposób uzgodniony z tą osobą.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.

Artykuł XVIII**Postanowienia końcowe**

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

2. Wszelkie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie i wywierają skutek z chwilą dojścia do drugiej strony w taki sposób, że mogła zapoznać się z ich treścią.
3. Strony Umowy oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do poinformowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub miejsca zamieszkania.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy, jak również sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z Umowy.
5. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
6. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych - przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
7. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
9. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm Nr 6/2017 stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego
10. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 15 lutego 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków oraz skutków zawału serca bądź udaru mózgu u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego/Współmałżonka/Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.

Rodzaj uszkodzeń ciała	% uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
A. Uszkodzenia głowy		
1) Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10	
b. oskalpowanie		
– u mężczyzn	5-20	
– u kobiet	10-25	
2) Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10	
3) Ubytek w kościach czaszki:		
a. o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7	
b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a 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 podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15	
5) Porażenie i niedowład połowicze:		
a. porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100	
b. głęboki niedowład 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		
0°	40	30
1 – 2°	30-35	20-25
3 – 4°	5-25	5-15
– kończyna dolna – wg skali Lovett'a		
0°	40	
1 – 2°	30	
3 – 4°	5-20	
6) Zespoły pozapiramidowe:		
a. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100	
b. zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80	
c. zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30	
7) Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a. zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b. utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80	
c. miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60	
d. dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25	

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

8) Padaczka:	
a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9) Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	
10) Nerwice:	
a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11) Zaburzenia mowy:	
a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b. afazja całkowita motoryczna	60
c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d. afazja nieznacznego stopnia	10-20
12) Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a. nerwu okoruchowego:	
– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b. nerwu błotkowego	3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 48.	
16) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

B. Uszkodzenia twarzy

19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a. oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60
20) Uszkodzenia nosa:	
a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według tej pozycji.	
21) Utrata zębów:	
a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5
22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):	
a. szczęki	40
b. żuchwy	50
24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10
25) Ubytek podniebienia:	
a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40
26) Ubytki języka:	
a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

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

Ostrość wzroku oka prawego	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
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
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 określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a. jednego oka	15
b. obu oczu	30

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

29)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a. rozdarcie naczyńówki jednego oka b. zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka d. zanik nerwu wzrokowego	wg tabeli z p.27a		
30)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących: a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z p.27a		
31)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a		
32)	Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
	Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
	60°	0	0	35%
	50°	5%	15%	45%
	40°	10%	25%	55%
	30°	15%	50%	70%
	20°	20%	80%	85%
	10°	25%	90%	95%
	poniżej 10°	35%	95%	100%
33)	Połowicze niedowidzenia:			
	a. dwuskroniowe			60
	b. dwunosowe			30
	c. jednoimienne			25
	d. jednoimienne górne			10
	e. jednoimienne dolne			40
34)	Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
	a. w jednym oku			25
	b. w obu oczach			40
35)	Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:			
	a. w jednym oku			10
	b. w obu oczach			30
36)	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
	a. w jednym oku			5-10
	b. w obu oczach			10-15
37)	Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38)	Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39)	Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia			50-100
40)	Zaćma urazowa			wg tabeli z p.27a
41)	Przewlekłe zapalenie spojówek			1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).

Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

D. Uszkodzenia narządu słuchu – ciąg dalszy

43) Urazy małżowiny usznej:	
a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25
44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:	
a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
b. obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	
45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10
46) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a. jednostronne	5-15
b. obustronne	10-20
47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z p. 42
48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60
49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a. z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50
b. z bezgłosem	60
53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo–krążeniową	45-60
54) Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa – ciąg dalszy

57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa

65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga:	
1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).	
2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30
72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Częściowa utrata prącia	20
82) Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)

87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25

Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięszzowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
--	------

Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgow	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zesztynieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40
91) Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10
93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy		
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn		100
b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch łasek		60-70
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce		30-40
d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)		100
e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)		60-70
f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)		20-30
g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)		20-40
h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń		5-30
94) Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
a. szyjne		1-20
b. piersiowe		1-10
c. lędźwiowo-krzyżowe		1-25
d. guziczne		1-5

K. Uszkodzenia miednicy

95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a. niewielkiego stopnia		1-10
b. dużego stopnia		10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:		
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)		1-15
b. w odcinku przednim i tylnym		15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:		
a. zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany		1-10
b. zwichnięcie II° – wyraźne zmiany		10-20
c. zwichnięcie III° – duże zmiany		20-35
d. zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany		35-45

Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.

98) Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji		1-20
--	--	------

Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L. Uszkodzenia kończyny górnej	Prawa	Lewa
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny		1-5
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100) Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu		+ 5
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
104) Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) 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	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprosty i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródreżca – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródreżca, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródreżcza	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwale ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródreżcza	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137) Utraty w obrębie palca wskazującego		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródreżcza	17-23	15-20
138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżcza	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142) Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85	
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a. miernego stopnia	1-10	
b. znacznego stopnia	10-25	
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35	
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60	
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiający obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 180°–140° za każde 2° ubytku ruchu	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 140°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–30° za każde 10° ubytku ruchu	+1
Uwaga: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°–180°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statycznie – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1-15
o. nerwu zasłonowego		5-15
p. nerwu udowego		10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		10-20
r. nerwu sromowego wspólnego		5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		10-40
u. nerwu strzałkowego		10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego		40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kaulalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów		30-50

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I, Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II oraz z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Współmałżonka (zgodnie z Wariantem I).

Lp.	Poważne zachorowanie		Wariant	
			I	II
1	anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów: - przetaczanie preparatów krwiopochodnych; - podawanie preparatów stymulujących szpik kostny; - podawanie preparatów immunosupresyjnych; - przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.	Tak	Tak
2	angioplastyka naczyń wieńcowych	Leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku głównych tętnicach wieńcowych, stwierdzonego w badaniu angiograficznym i powodującego istotne zmiany w zapisie EKG i / lub dolegliwości wysiłkowe, za pomocą angioplastyki balonowej lub innej przezskórnej metody angioplastyki tętnic wieńcowych. Za główne tętnice wieńcowe uważane są: lewa tętnica wieńcowa (główny pień), tętnica przednia zstępująca, tętnica okalająca, prawa tętnica wieńcowa.		Tak
3	choroba Parkinsona	Powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona potwierdzone jest przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych: - mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; - zdolność do ubierania / rozbierania się; - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Termin nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych.		Tak
4	guz wewnątrzczaszkowy	Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki: - jego istnienie zagraża życiu; - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji, powoduje trwały ubytek neurologiczny; - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) guzy przysadki mózgowej; b) naczyniaki.	Tak	Tak
5	leczenie operacyjne choroby wieńcowej (bypass)	Operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Termin nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	Tak	Tak
6	niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki.	Tak	Tak

7	nowotwór złośliwy	Niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje wyłącznie pierwszorazowe zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego. Termin nie obejmuje: a) nowotworów skóry (hyperkeratozy, raki podstawnkomórkowe, kolczystokomórkowe, brodawkowe), z wyłączeniem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM (grubość > 1 mm, owrzodzenie – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC); b) nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne / nieinwazyjne; c) nowotworów niezagrażających życiu takich jak: rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1(a) oraz T1(b) (ale nie T1(c)) w klasyfikacji TNM, brodawkowy rak tarczycy lub brodawkowy rak pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 w klasyfikacji TNM, przewlekła białaczka limfocytowa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji Rai, ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji Ann Arbor.	Tak	Tak
8	oparzenia	Uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące: a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, lub b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera.	Tak	Tak
9	operacja aorty	Torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego.	Tak	Tak
10	operacja zastawek serca	Operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez konsultanta kardiologa, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym.	Tak	Tak
11	paraliż	Całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 180 dni od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa.		Tak
12	przeszczep dużych narządów	Przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek.	Tak	Tak
13	przewlekła niewydolność wątroby	Końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów: a) trwała żółtaczka; b) wodobrzusze; c) encefalopatia wątrobowa; d) żylaki przełyku; e) zaburzenia krzepnięcia. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child – Pugh. Termin nie obejmuje: a) przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child – Pugh; b) chorób wątroby spowodowanych alkoholem lub nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych.		Tak

14	sepsa	<p>Uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych poniżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - układ krążenia – skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mm Hg lub średnie <70 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 40 mm Hg u osób z nadciśnieniem tętniczym; - układ oddechowy – PaO₂/FiO₂ <300 mm Hg, (<200 mm Hg, jeśli występują pierwotne choroby układu oddechowego); - nerki – diureza <0,5 ml/kg/h >2 h przy prawidłowym nawodnieniu lub zwiększenie kreatyninemii o więcej niż 44,2 μmol/l; - przemiana materii – zwiększone stężenie mleczanu; - układ krwiotwórczy i hemostaza – płytki krwi <100 000/μl lub INR >1,5; - wątroba – bilirubina w surowicy >34,2 μmol/l (2 mg/dl); - układ nerwowy – objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, majaczenie, śpiączka). 		Tak
15	stwardnienie rozsiane	<p>Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe).</p>		Tak
16	śpiączka	<p>Stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii.</p> <p>Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających.</p>		Tak
17	udar mózgu	<p>Nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu; b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny; c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym); d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia. <p>Termin nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA); b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci; c) objawów mózgowych spowodowanych migreną; d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem; e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego. 	Tak	Tak
18	utrata kończyn	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Termin obejmuje też utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.</p>		Tak
19	utrata słuchu	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu.</p>		Tak
20	utrata wzroku	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20 procent, spowodowana zachorowaniem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.</p>	Tak	Tak

21	zakażenie wirusem HIV	<p>a) związane z przetoczeniem krwi: zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych preparatów krwiopochodnych; - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii; - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi; - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium. <p>b) związane z pracą zawodową: zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/dentysta, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant; - wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie ubezpieczenia i został zgłoszony do Towarzystwa w terminie 7 dni wraz z wynikiem testu w kierunku HIV wykonanego po wypadku; - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po wypadku; - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium. Określone w punktach a) i b) terminy nie obejmują przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub w wyniku dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich badań krwi Ubezpieczonego i musi mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych. 	Tak	Tak
22	zawał serca	<p>Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) objawy kliniczne niedokrwienia serca; b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST- T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa); c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych; d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji. 	Tak	Tak

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań stanowiący Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 roku

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Lp.	Nazwa operacji	Kategoria
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO		
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	A
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A
4	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5	Neurostymulacja mózgu	B
6	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7	Rewizja wentrykulostomii	C
8	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10	Przeszczep nerwów czaszkowych	A
11	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	A
19	Operacja naprawcza opony twardej	A
20	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
25	Wycięcie nerwu obwodowego	D
26	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
27	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
28	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
29	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
30	Wycięcie przysadki	B
31	Zniszczenie przysadki	B
32	Inne operacje przysadki	C
33	Operacje szyszynki	B
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
34	Wycięcie tarczycy	D
35	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
36	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
37	Wycięcie przytarczyc(y)	B
38	Wycięcie grasicy	D
39	Wycięcie nadnercza	C
40	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	C
41	Inne operacje nadnercza	D
42	Całkowita amputacja sutka	D

43	Operacje rekonstrukcyjne sutka	D
44	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	E
45	Operacje brodawki sutkowej	E
OPERACJE OKA		
46	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
47	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	C
48	Wszczepienie protezy oka	D
49	Rewizja protezy oka	D
50	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
51	Nacięcie oczodołu	D
52	Połączone operacje mięśni oka	C
53	Cofnięcie mięśnia oka	D
54	Wycięcie mięśnia oka	D
55	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
56	Zeszycie rogówki	E
57	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D
58	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
59	Wycięcie tęczówki	D
60	Operacje filtrujące tęczówki	C
61	Wycięcie ciała rzęskowego	D
62	Zewnątrztorbkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
63	Wewnątrztorbkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
64	Operacje ciała szklistego	C
65	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	D
66	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
67	Korekta deformacji powieki	E
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
68	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
69	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
70	Drenaż ucha środkowego	E
71	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
72	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
73	Amputacja (resekcja) nosa	C
74	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
75	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
76	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
77	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
78	Wycięcie gardła	B
79	Operacje naprawcze gardła	C
80	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
81	Wycięcie krtani	C
82	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	C
83	Odtworzenie krtani	B
84	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
85	Częściowe wycięcie tchawicy	A
86	Operacje plastyczne tchawicy	C

87	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C
88	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	D
89	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
90	Częściowe wycięcie oskrzela	C
91	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
92	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
93	Przeszczep płuca	A
94	Wycięcie płuca	A
95	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
96	Otwarte operacje śródpiersia	D
97	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	D
OPERACJE JAMY USTNEJ		
98	Wycięcie języka	C
99	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
100	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	E
101	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
102	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
103	Odtworzenie innej części jamy ustnej	D
104	Wycięcie ślinianki	D
105	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	D
106	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
107	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
108	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
109	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
110	Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	E
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
111	Wycięcie przełyku i żołądka	A
112	Całkowite wycięcie przełyku	A
113	Częściowe wycięcie przełyku	C
114	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
115	Zespolenie omijające przełyku	B
116	Rewizja zespolenia przełykowego	C
117	Operacja naprawcza przełyku	A
118	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
119	Nacięcie przełyku	E
120	Otwarte operacje zylaków przełyku	C
121	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
122	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
123	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
124	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
125	Całkowite wycięcie żołądka	A
126	Częściowe wycięcie żołądka	B
127	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C
128	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
129	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
130	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
131	Operacje wrzodu żołądka	C

132	Nacięcie odźwiernika	C
133	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
134	Wycięcie dwunastnicy	C
135	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
136	Zespoleenie omijające dwunastnicę	C
137	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
138	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
139	Wycięcie jelita czczego	C
140	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
141	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
142	Zespoleenie omijające jelito czcze	C
143	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
144	Wycięcie jelita krętego	C
145	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
146	Zespoleenie omijające jelito kręte	C
147	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
148	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
149	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
150	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
151	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
152	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
153	Wycięcie odbytnicy	B
154	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
155	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
156	Zespoleenie omijające okrężnicę	C
157	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
158	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
159	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
160	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	C
161	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	C
162	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
163	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
164	Wycięcie poprzecznicy	B
165	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
166	Wycięcie esicy	B
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
167	Przeszczep wątroby	A
168	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	C
169	Operacja naprawcza wątroby	B
170	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
171	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
172	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
173	Zespoleenie pęcherzyka żółciowego	D
174	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	D
175	Wycięcie przewodu żółciowego	B
176	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C

177	Zespoleńie przewodu żółciowego	C
178	Zespoleńie przewodu żółciowego wspólnego	C
179	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
180	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
181	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	C
182	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
183	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	D
184	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
185	Przeskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
186	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
187	Przeszczep trzustki	A
188	Całkowite wycięcie trzustki	A
189	Wycięcie głowy trzustki	A
190	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	C
191	Zespoleńie przewodu trzustkowego	B
192	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
193	Przeskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
194	Całkowite wycięcie śledziony	D
195	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
OPERACJE SERCA		
196	Przeszczep serca i płuc	A
197	Przeszczep serca	A
198	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
199	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	A
200	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	A
201	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	A
202	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
203	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	A
204	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
205	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
206	Plastyka przedsionka serca	A
207	Walwuloplastyka mitralna	B
208	Walwuloplastyka aortalna	B
209	Plastyka zastawki trójdzielnej	B
210	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	B
211	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	B
212	Rewizja plastyki zastawki serca	B
213	Otwarta walwulotomia	A
214	Zamknięta walwulotomia	A
215	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
216	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	A
217	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	A
218	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	A
219	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	A
220	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	A
221	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	A
222	Przeskórna angioplastyka wieńcowa	C

223	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	A
224	Wycięcie osierdzia	A
225	Drenaż osierdzia	B
226	Przecięcie osierdzia	D
227	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
228	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
229	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	A
OPERACJE NACZYŃ KRWIONOŚNYCH		
230	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
231	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
232	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
233	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
234	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
235	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
236	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
237	Rewizja protezy aortalnej	B
238	Plastyczna operacja naprawcza aorty	A
239	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
240	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
241	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
242	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
243	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
244	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
245	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	B
246	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
247	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	B
248	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
249	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
250	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
251	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
252	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
253	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	B
254	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
255	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
256	Odtworzenie tętnicy udowej	B
257	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	C
258	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
259	Operacje na żyłę główną	D
260	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
261	Przeszczep nerki	B
262	Całkowite wycięcie nerki	B
263	Częściowe wycięcie nerki	C
264	Wycięcie zmiany w nerce	C
265	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
266	Nacięcie nerki	E
267	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E

268	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię.	E
269	Wycięcie moczowodu	C
270	Odprowadzenie moczu przez przetokę	B
271	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
272	Operacja naprawcza moczowodu	C
273	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
274	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
275	Operacje ujścia moczowodu	D
276	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
277	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
278	Powiększenie pęcherza moczowego	B
279	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
280	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
281	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	C
282	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	C
283	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
284	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
285	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
286	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
287	Wycięcie cewki moczowej	C
288	Operacja naprawcza cewki moczowej	C
289	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
290	Operacje ujścia cewki moczowej	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
291	Wycięcie moszny	D
292	Obustronne wycięcie jąder	C
293	Jednostronne wycięcie jądra	D
294	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	D
295	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
296	Proteza jądra	D
297	Operacja wodniaka jądra	E
298	Operacje najądrza	E
299	Wycięcie nasieniowodu	E
300	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
301	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
302	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
303	Amputacja prącia	C
304	Operacja naprawcza sromu	E
305	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
306	Wycięcie pochwy	E
307	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
308	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	D
309	Operacja plastyczna pochwy	E
310	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
311	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
312	Operacje zatoki Douglasa	E
313	Amputacja szyjki macicy	D

314	Brzuszne wycięcie macicy	C
315	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
316	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
317	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
318	Częściowe wycięcie jajowodu	E
319	Implantacja protezy jajowodu	E
320	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
321	Nacięcie jajowodu	D
322	Operacje strzępków jajowodu	E
323	Częściowe wycięcie jajnika	E
324	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
325	Operacja naprawcza jajnika	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
326	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
327	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
328	Otwarte wycięcie opłucnej	B
329	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
330	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
331	Operacja przepukliny przeponowej	D
332	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
333	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
334	Operacja przepukliny pępkowej	E
335	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
336	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	C
337	Otwarty drenaż otrzewnej	C
338	Operacje sieci większej	C
339	Operacje krezki jelita cienkiego	C
340	Operacje krezki okrężnicy	C
341	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
342	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
343	Przeszczep powięzi	E
344	Wycięcie powięzi brzucha	E
345	Wycięcie innej powięzi	E
346	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
347	Rozdzielenie powięzi	E
348	Uwolnienie powięzi	E
349	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
350	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
351	Przemieszczenie ścięgna	D
352	Wycięcie ścięgna	D
353	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
354	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	D
355	Zmiana długości ścięgna	E
356	Wycięcie pochewki ścięgna	E
357	Przeszczep mięśni	C
358	Wycięcie mięśnia	E
359	Operacja naprawcza mięśnia	E

360	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
361	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
362	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
363	Operacje przewodu limfatycznego	B
364	Operacje kieszonki skrzelowej	D
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
365	Plastyka czaszki	B
366	Otwarcie czaszki	A
367	Wycięcie kości twarzy	D
368	Nastawienie złamania szczęki	D
369	Nastawienie złamania innej kości twarzy	D
370	Rozdzielenie kości twarzy	C
371	Stabilizacja kości twarzy	D
372	Wycięcie żuchwy	C
373	Nastawienie złamania żuchwy	D
374	Rozdzielenie żuchwy	D
375	Stabilizacja żuchwy	D
376	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
377	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	A
378	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	B
379	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	A
380	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	B
381	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	A
382	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	B
383	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
384	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
385	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
386	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
387	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
388	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
389	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
390	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	C
391	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	A
392	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	B
393	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	B
394	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	B
395	Wycięcie zmiany kręgosłupa	B
396	Odbarczenie złamania kręgosłupa	B
397	Stabilizacja złamania kręgosłupa	B
398	Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
399	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
400	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
401	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	C
402	Całkowite wycięcie kości	D
403	Usunięcie fragmentu kości	E
404	Wycięcie kości ektopowej	E
405	Wycięcie zmiany w obrębie kości	D

406	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
407	Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości	D
408	Rozdzielenie trzonu kości	D
409	Rozdzielenie kości stopy	D
410	Drenaż kości	D
411	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	D
412	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
413	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	D
414	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
415	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	E
416	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	C
417	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	B
418	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
419	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	B
420	Całkowita protezoplastyka innego stawu	D
421	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
422	Replantacja kończyny górnej	C
423	Replantacja kończyny dolnej	C
424	Replantacja innego organu	C
425	Transplantacja międzyukładowa	C
426	Wszczepienie protezy kończyny	A
427	Amputacja w zakresie ramienia	C
428	Amputacja ręki	D
429	Amputacja nogi	C
430	Amputacja stopy	D
431	Amputacja palucha	E
432	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D
433	Amputacja brzuszno-miedniczna	B

Niniejszy Katalog operacji chirurgicznych stanowiący Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 r.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 4 KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH

Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego. Przez procent sumy ubezpieczenia określony w katalogu Zabiegów specjalistycznych rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego zwany dalej „% Sumy ubezpieczenia”.

Lp.	Układ krążenia	% Sumy ubezpieczenia
1	Żyłaki kończyn dolnych (w zależności od metody):	
	a) Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej), podwiązanie	10
	b) Laseroterapia / ablacja żył	10
	c) Wycięcie chirurgiczne	50
2	Żyłaki odbytu (w zależności od metody):	
	a) Podwiązanie	10
	b) Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej) / działanie prądu / temperatury	10
	c) Wycięcie chirurgiczne	50
	Układ oddechowy	
3	Septoplastyka nosa	10
4	Polipektomia nosa	10
5	Usunięcie migdałków	30
	Ortopedia	
6	Zabiegi artroskopowe (rekonstrukcyjne, usuwanie nadmiaru tkanek, synwektomia)	30
7	Wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	30
8	Wycięcie ganglionu w obrębie kończyny górnej	30
9	Wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	30
	Układ rozrodczy	
10	Cięcie cesarskie	50

Niniejszy Katalog zabiegów specjalistycznych stanowiący Załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 5 TABELA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

1) PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Lp.	Wyszczególnienie
Protezy kończyn dolnych	
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie stopy	
1	Protezowa wkładka do buta uzupełniająca stopę po amputacji palców
2	Proteza uzupełniająca stopę: skórzana albo z tworzywa sztucznego
3	Proteza ze stawem skokowym albo bez stawu skokowego przy amputacji wg Lisfranca lub Choparta: skórzana albo z tworzywa sztucznego
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie podudzia	
4	Proteza ze stawem skokowym albo bez przy amputacji wg Pirogowa lub Syme'a: skórzana albo z tworzywa sztucznego
5	Proteza podudzia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, albo drewniana, albo z innych materiałów niewymienionych, z tulejką uda ze skóry, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
6	Proteza podudzia tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
7	Proteza podudzia: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, albo modularna, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie uda	
8	Proteza uda przy amputacji wg Grittiego lub wyłuszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11	Proteza uda z lejem kikutowym skórzany: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry, albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciała podobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
13	Proteza uda szczudłowa
Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyłuszczenie w stawie biodrowym)	
14	Proteza przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15	Proteza tymczasowa przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
16	Kosz biodrowy przy obustronnym wyłuszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytami dla kończyn górnych
17	Protezy wyrównanie skrótu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn dolnych	
18	Pończocha kikutowa – przy amputacji w obrębie stopy
19	Pończocha kikutowa – przy amputacji podudzia
20	Pończocha kikutowa – przy amputacji uda
21	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych
Protezy kończyn górnych	
22	Proteza kosmetyczna części ręki
23	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
25	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z tulejką ramienia, z dłonią protezową
26	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z tulejką ramienia, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową

27	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modułarnych, z miękkim pokryciem ciałopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modułarnych, z miękkim pokryciem ciałopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
31	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem

Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn górnych

35	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36	Pończochy kikutowe – przy amputacji przedramienia
37	Pończochy kikutowe – przy amputacji ramienia
38	Pończochy kikutowe – przy pełnej amputacji kończyny górnej

Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne

39	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo puszczelowa
42	Szyna strzałkowa ze strzemiem do buta, z podciąganiem sprężynowym lub bez
43	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
46	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciąganiem stopy
47	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemiem do buta albo z sandałem
48	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
49	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzepkowym, ze strzemiem do buta albo z sandałem
51	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemiem do buta albo z sandałem
52	Aparat na goleń i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53	Aparat DAFO
54	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
57	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
58	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59	Aparat rotujący stopę jednoszynowy sprężynowy
60	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez

Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne

63	Pas biodrowy z szyną
64	Niski kosz biodrowy z szyną biodrową
65	Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową

Aparaty ortopedyczne na kończyny górne

66	Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela
----	--

67	Aparat korygujący osłabienia wyprostu palców ręki
68	Aparat utrzymujący wyprost palców
69	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
70	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
71	Aparat redresujący staw łokciowy
72	Aparat podpórczo-stabilizujący nadgarstek, dłoń i palce: podpórczy nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórczy dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
73	Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców
74	Aparat korygujący Lamba
75	Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
76	Aparat na rękę i przedramię wg Engena
77	Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost
78	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
79	Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy
80	Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka
81	Aparat uczynniający palce
82	Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców
83	Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego
84	Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
85	Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
86	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
87	Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
88	Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego
89	Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomaćce albo sprężynowy
90	Szyna odwodząca
91	Szyna elewacyjna
Ortezy kończyny dolnej	
92	Orteza korekcyjna palucha koślawego
93	Orteza odciążająco-korekcyjna dla palców stóp
94	Orteza stabilizująca staw skokowy
95	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo puszczelowa
96	Szyna strzałkowa ze strzemiem do buta, z podciągiem sprężynowym albo bez
97	Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)
98	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
99	Orteza stopowo-goleniowa
100	Aparat drutowy do kolana z podciągiem sprężynowym
101	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciągiem stopy
102	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemiem do buta albo z sandałem
103	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
104	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105	Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzepkowym, ze strzemiem do buta albo z sandałem
106	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemiem do buta albo z sandałem
107	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego z przegubem skokowym albo bez
108	Orteza stawu kolanowego stabilizująca: z szynami (stalkami), sznurowana lub na rzepy
109	Orteza stawu kolanowego stabilizująco-korygująca z regulatorem ustawienia zgięcia stawu
110	Orteza na goleń i udo: szynowo-opaskowa lub tulejkowa, skórzana albo z tworzywa sztucznego

111	Łuska na całą kończynę dolną: z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
112	Szyna nocna na całą kończynę dolną z sandałem korygująca koślawość lub szpotawość kolana
113	Orteza redresująca staw kolanowy
114	Orteza rzepki stabilizująca
115	Orteza zapobiegająca przeprostowi kolana
116	Orteza jednoszynowa stabilizująca staw kolanowy
117	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
118	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
119	Orteza rotująca stopę jednoszynowa sprężynowa
120	Aparat odciążający kończynę dolną: typu Thomasa, z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
121	Szyna Engelmana
122	Szyna Saint-Germaina
123	Szyna Denis-Browna, bez sandałów albo z sandałkami
124	Poduszka Frejki
125	Rozwórka Koszli
126	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127	Pajacyk Grucy
128	Szyna Ortolaniego
129	Szelki Grucy albo Pawlika
Ortezy kończyny górnej	
130	Aparat Stacka
131	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134	Orteza redresująca staw łokciowy
135	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoń i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
136	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137	Orteza korygująca Lamba
138	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139	Orteza na rękę i przedramię wg Engena albo łuska śródrečna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa
143	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców
144	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomącie albo sprężynowa
152	Orteza elewacyjna
153	Orteza odwodząca
154	Orteza stabilizująco-odciążająca

155 Temblak kończyny górnej

Gorsety i kołnierze ortopedyczne

156 Gorset szkieletowy (Calota)

157 Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego

158 Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem

159 Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi

160 Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi

161 Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa

162 Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzanym albo z koszem z tworzywa sztucznego

163 Gorset korekcyjny do leczenia skolioz

164 Prostotrzymacz wg Hohmanna

165 Prostotrzymacz wg Taylora

166 Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami

167 Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna

168 Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa

169 Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy

170 Półgorsetowa orteza szyjna

171 Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy

172 Kołnierz pneumatyczny

173 Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego

174 Kołnierz „Florida”

175 Kołnierz Schantza miękki

176 Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)

Ortezy tułowia i szyi

177 Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi

178 Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi

179 Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa

180 Prostotrzymacz wg Hohmanna

181 Prostotrzymacz wg Taylora

182 Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami

183 Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna

184 Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa

185 Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy

186 Pas na rozejście spojenia łonowego

187 Półgorsetowa orteza szyjna

188 Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy

189 Kołnierz pneumatyczny

190 Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego

191 Kołnierz „Florida”

192 Kołnierz Schantza miękki

193 Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)

194 Kołnierz na kręcz karku

195 Pelota korekcyjna na łopatkę

196 Prostotrzymacz na kurzą klatkę piersiową

Obuwie ortopedyczne

197 Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu

198 Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej

- | | |
|-----|---|
| 199 | Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy |
| 200 | Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemiem do buta albo do sandała |

Kule i laski inwalidzkie

- | | |
|-----|--------------------------------------|
| 201 | Kula łokciowa ze stopniową regulacją |
| 202 | Kula dla reumatyków |
| 203 | Kula pachowa |
| 204 | Kula przedramienna z kółkiem |
| 205 | Laska inwalidzka |
| 206 | Laska dla niewidomych (biała) |
| 207 | Trójnóg |
| 208 | Czwórnoóg |

Balkoniki i podpórki do chodzenia

- | | |
|-----|--|
| 209 | Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie |
|-----|--|

Wózki inwalidzkie

- | | |
|-----|--|
| 210 | Wózek inwalidzki ręczny |
| 211 | Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku – czynnych zawodowo |
| 212 | Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy |
| 213 | Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę |

Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione

- | | |
|-----|-------------------------------------|
| 214 | Fotelik dla dzieci do siedzenia |
| 215 | Indywidualne przedmioty pionizujące |
| 216 | Pełzak (wózek do raczkowania) |

2) ŚRODKI POMOCNICZE**Lp. Wyszczególnienie**

- | | |
|----|--|
| 1 | Soczewki okularowe korekcyjne (w tym soczewki korekcyjne barwione) umożliwiające dokładne widzenie i zapobiegające znużeniu oka
a) Soczewki do bliży
b) Soczewki do dali
c) Soczewki pryzmatyczne
d) Soczewki dwuogniskowe |
| 2 | Soczewki kontaktowe lecznicze
a) twarde
b) miękkie |
| 3 | Obturatorzy dla dzieci |
| 4 | Pomoce optyczne dla niedowidzących
a) lupa
b) lunety, w tym monokulary
c) okulary lornetkowe do bliży i dali
d) okulary lupowe |
| 5 | a) Proteza oka wykonana indywidualnie dla dzieci i młodzieży
proteza
epiproteza
b) Proteza oka wykonana indywidualnie dla dorosłych
proteza
epiproteza |
| 6 | a) Aparat (aparaty) słuchowy(e) na przewodnictwo powietrza lub kostne
b) Wkładka uszna wykonana indywidualnie |
| 7 | Systemy wspomagające słyszenie (pętle indukcyjne, system FM i na podczerwień) |
| 8 | Cewniki zewnętrzne do 30 szt. lub zamiennie kieszonki do zbiórki moczu do 30 szt. |
| 9 | Cewniki urologiczne do 6 szt. |
| 10 | a) Cewniki urologiczne jednorazowe
b) Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych |

11	Worki do zbiórki moczu do 6 sztuk miesięcznie
12	a) Pas do zbiornika na kał b) Worki wymienne do pasa w ilości do 90 szt.
13	Worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. lub w równowartości ich kosztu inny sprzęt stomijny (np. zestawy irygacyjne, płytki + worki itp.) po zabiegach na: – jelicie cienkim (ileostomii) – jelicie grubym (kolostomii) – układzie moczowym (urostomii)
14	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
15	Pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie w przypadku pacjentów: – z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza, okolicy krzyżowej itp. – z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi (pęcherzowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowo-odbytniczymi, pochwowo-odbytniczymi) – z nietrzymaniem stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych lub zamiennie pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
16	Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie dla dorosłych i dzieci powyżej 3 roku życia – z głębokim upośledzeniem umysłowym, w zespołach otępiennych o różnej etiologii – w postępujących chorobach układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy – z wadami rozwojowymi, przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, przepuklinami oponowo-mózgowymi, wycięciem pęcherza lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
17	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem
18	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)
19	Proteza powietrzna – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego
20	Inhalator dyszowy: – nebulizator (generator aerozolu) – sprężarka powietrza
21	Proteza piersi
22	Peruki – z włosów sztucznych – z włosów naturalnych
23	Pas przepuklinowy – jednostronny – obustronny
24	Pas brzuszny
25	Poduszka przeciwoleżynowa
26	Materac przeciwoleżynowy

Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowiąca Załącznik nr 5 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 6 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA

Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Dziecka.

Lp.	Poważne zachorowanie	
1	cukrzyca	Przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące.
2	dystrofia mięśniowa	Postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia.
3	guzy śródczaszkowe	Wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu, niezłośliwe nowotwory, wymagające usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku, kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MRJ, TK, arteriografia) i opinią neurologa lub neurochirurga. Termin nie obejmuje: a) malformacji naczyniowych; b) nienowotworowych guzów mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie); c) torbieli; d) guzów przysadki mózgowej i szyszynki mniejszych niż 1 cm.
4	niewydolność nerek	Schyłkowe stadium niewydolności nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki. Za niewydolność nerek nie uważa się ostrych zaburzeń czynności nerek (np. w wyniku zatruc, wstrząsu) nawet, jeśli konieczne było zastosowanie dializ.
5	niewydolność wątroby	Krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczki i wodobrzusza, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby.
6	nowotwór złośliwy	Obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Termin obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Dziecka. Ponadto zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są: a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN 1–3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe; b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji); c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (\leq 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia); d) nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnomórkowy i kolczystokórkowy skóry; e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
7	oparzenia	Uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące: a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, lub b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera.
8	śpiączka	Stan utraty przytomności, spowodowany chorobą lub urazem, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, który trwa przez co najmniej 6 miesięcy.
9	zakażenie wirusem HIV	Jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
10	zapalenie mózgu	Ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej 3-tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań Dziecka stanowiący Załącznik nr 6 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 7 KATALOG WAD WRODZONYCH

Lp.	Typ wady
1	Przepuklina mózgowa
2	Małogłowie
3	Wodogłowie wrodzone
4	Rozszczep kręgosłupa
5	Ślepotą, bezocze, małocze, wielkocze
6	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
7	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
8	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
9	Głuchota i wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
10	Wrodzony kręcz szyi wymagający leczenia operacyjnego (zesp. Klippel-Feila)
11	Wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
12	Wady rozwojowe przegród serca
13	Wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
14	Wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
15	Wady rozwojowe wielkich tętnic
16	Wady rozwojowe dużych żył układowych
17	Wrodzone wady rozwojowe nosa
18	Wady rozwojowe krtani
19	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
20	Wrodzone wady rozwojowe płuc
21	Rozszczep podniebienia
22	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
23	Język olbrzymi
24	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
25	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
26	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
27	Choroba Hirschprunga
28	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
29	Wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
30	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyki macicy
31	Niewytworzenie jądra
32	Spodziectwo
33	Wrodzony brak lub aplazja prącia
34	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
35	Niewytworzenie nerki
36	Wielotorbielowatość nerek
37	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
38	Wycinowanie pęcherza moczowego
39	Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
40	Wrodzone zniekształcenia stopy
41	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w obrębie czaszki, twarzy, kręgosłupa, klatki piersiowej
42	Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej
43	Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej
44	Wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej

45	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
46	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-kostnego
47	Wrodzona rybia łuska
48	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
49	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
50	Fakomatozy
51	Zespół Downa
52	Zespół Edwardsa i Pataua
53	Zespół Turnera
54	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
55	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
56	Wrodzony zespół niedoboru jodu (wrodzona niedoczynność tarczycy)
57	Zaburzenia przemian aminokwasów aromatycznych (fenyloketonuria)
58	Inne zaburzenia węglowodanów (galaktozemia)
59	Mukowiscydoza

Niniejszy Katalog wad wrodzonych stanowiący Załącznik nr 7 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./4/1/2017 z dnia 24 stycznia 2017 i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 6/2017 od dnia 15 lutego 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej „MEDIPLAN”
z uwzględnieniem definicji zawartych w Umowie Dodatkowej (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Nr jednostki redakcyjnej
Przesłanki wypłaty (realizacji) odszkodowania i innych świadczeń	Artykuły III, IV, V, VII
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł VI

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ „MEDIPLAN”

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej MEDIPLAN (dalej Umowa Dodatkowa), stosuje się jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego ubezpieczenia na Życie.

Artykuł II

Definicje

Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

1. **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług MEDIPLAN (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
2. **Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń;
3. **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Nieszczęśliwego wypadku;
4. **Lekarz CPG** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez CPG i uprawniona do występowania w imieniu CPG;
5. **Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym znajduje się Ubezpieczony, z wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej;
6. **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we wniosku o realizację świadczeń;
7. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkującego:
 - a) pęknięciem lub złamaniem kości,
 - b) zwichnięciem lub skręceniem stawu,
 - c) urazem kręgosłupa,
 - d) urazem głowy (tj. wstrząśnienie mózgu, pęknięcie kości czaszki),
 - e) urazem narządów wewnętrznych,
 - f) urazem oka;
8. **Okres ubezpieczenia** – okres kolejno następujących po sobie 12 miesięcy wskazany w dokumencie ubezpieczenia, w których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
9. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
10. **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia;
11. **Umowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem będącymi stronami tejże Umowy, z tytułu której Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych;
12. **Zakres terytorialny** – umowa obejmuje realizację świadczeń i następstwa Nieszczęśliwych wypadków wyłącznie na terytorium Polski;
13. **Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies – z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Artykuł III

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem Umowy Dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację lub organizację i pokrycie kosztów usług assistance określonych w Umowie Dodatkowej – Tabela nr 1, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem CPG w przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł IV

Tabela świadczeń i limitów

1. Świadczenia oraz limity kosztów świadczeń przysługujące Ubezpieczonemu, określone zostały w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Usługi realizowane na rzecz Ubezpieczonego w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku	
Świadczenia	Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE udostępniane na wniosek Ubezpieczonego	
1 Telefoniczna Informacja Medyczna	
2 Infolinia szpitalna	bez limitu
3 Stomatologiczny Program Rabatowy	
POMOC MEDYCZNA realizowana po Nieszczęśliwym wypadku na wniosek Ubezpieczonego	
	15
4 Konsultacja chirurga	
5 Konsultacja okulisty	
6 Konsultacja otolaryngologa	
7 Konsultacja ortopedy	
8 Konsultacja kardiologa	
9 Konsultacja neurologa	
10 Konsultacja pulmonologa	
11 Konsultacja lekarza rehabilitacji	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
12 Konsultacja neurochirurga	
13 Konsultacja psychologa	
14 Zabiegi ambulatoryjne*	
15 Badania laboratoryjne*	
16 Badania radiologiczne*	
17 Ultrasonografia*	
18 Rehabilitacja*	Maks. 20 zabiegów (stanowiących łącznie 1 świadczenie)
19 Opieka pielęgniarska	Maks. 3 wizyty (stanowiące łącznie 1 świadczenie)
20 Sprzęt rehabilitacyjny	Maks. koszt zakupu/wypożyczenia: 600 PLN do wykorzystania przy jednym Nieszczęśliwym wypadku Dostarczenie bez limitu
21 Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
22 Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	Maks. 3 doby hotelowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie)
23 Transport do Placówki medycznej	
24 Transport pomiędzy Placówkami medycznymi	
25 Transport z Placówki medycznej	
26 Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
27 Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	
28 Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	
29 Dostarczenie lekarstw	
30 Pomoc domowa po Hospitalizacji	Maks. 3 wizyty po 3 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie)

* Szczegółowy wykaz procedur medycznych realizowanych w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku na wniosek Ubezpieczonego znajduje się w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.

Artykuł V

Zakres i limity świadczeń

- Towarzystwo spełnia świadczenie do wysokości limitów określonych w Tabeli nr 1 z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania.
- Maksymalna liczba świadczeń oznacza, że z 27 dostępnych rodzajów świadczeń, określonych w p. 4-30 Tabeli nr 1, Ubezpieczonemu przysługuje do wykorzystania w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku maksymalnie 15 świadczeń określonych w Tabeli nr 1 możliwych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku.

3. Realizacja któregośkolwiek ze świadczeń określonych w Tabeli nr 1 pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem zapisów ust. 4, 5, 6 niniejszego Artykułu w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku.
4. W odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku, w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkukrotnie z tego samego świadczenia z wyłączeniem świadczenia Rehabilitacja, które to świadczenie może być wykorzystane tylko raz w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku.
5. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, jeżeli tak przewiduje opis danego świadczenia w Tabeli nr 1.
6. Świadczenie Badania laboratoryjne traktowane jest jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleconych do wykonania badań w związku z wystąpieniem jednego Nieszczęśliwego wypadku.
7. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w Umowie Dodatkowej przekroczy limit kosztów i ilości wskazany w Tabeli nr 1, może zostać wykonana przez CPG, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym w Umowie Dodatkowej limitem dla określonego świadczenia.
8. Zakres odpowiedzialności w ramach Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:

8.1 Świadczenia informacyjno – organizacyjne

1) Telefoniczna Informacja Medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego CPG zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji na temat:

- a) natychmiastowej pomocy – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- b) ukąszeń - sposobów postępowania w przypadku ukąszeń,
- c) jednostek chorobowych – jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) zachowań prozdrowotnych – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, cukrzycowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) profilaktyki – profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej,
- f) opisów badań – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- g) przygotowania do badań – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- h) badań kontrolnych – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- i) leków – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziomu refundacji leków,
- j) alternatywnych metod leczenia i relaksacji – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) uwarunkowań medycznych – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- l) grup wsparcia – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) przed podróżą – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej CPG zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.

CPG udzieli informacji na temat danych teled adresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza CPG,
- b) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) i rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

2) Infolinia szpitalna

Na wniosek Ubezpieczonego CPG udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium Polski szpitali należących do sieci Centrum Pomocy:

- a) dostępność szpitali prywatnych,
- b) zakres świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
- c) numery telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
- d) ceny usług medycznych w poszczególnych szpitalach.

Ponadto Centrum Pomocy poinformuje Ubezpieczonego:

- a) o czym pamiętać, wybierając się do szpitala,
- b) o czym pamiętać, wychodząc ze szpitala,
- c) na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
- d) o badaniach, których powinien się spodziewać w czasie hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
- e) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.

3) Stomatologiczny Program Rabatowy

Na wniosek Ubezpieczonego CPG przekaże dane teleadresowe lub wskaże miejsce publikacji danych teleadresowych, do wyselekcjonowanych i wysokospecjalistycznych placówek stomatologicznych, należących do sieci CPG, w których Ubezpieczony będzie mógł skorzystać z programu gwarantowanych zniżek na usługi stomatologiczne w zakresie stomatologii zachowawczej, chirurgicznej, ortodontcji i protetyki.

8.2 Pomoc medyczna

W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty:

- 1) **Wizyt i konsultacji u wymienionych niżej lekarzy specjalistów:**
 - a) chirurg,
 - b) okulista,
 - c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,
 - f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) lekarz rehabilitacji,
 - i) neurochirurg,
 - j) psycholog.
- 2) **Zabiegów ambulatoryjnych** wykonanych na rzecz Ubezpieczonego w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 3) **Badań laboratoryjnych** w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 4) **Badań radiologicznych** w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 5) **Badań ultrasonograficznych** w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 6) **Rehabilitacji** zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - CPG zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:
 - a) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo
 - b) wizyt Ubezpieczonego, w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.

8.3 Pomoc opiekuńcza

W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku zakres odpowiedzialności w ramach Umowy Dodatkowej obejmuje następujące usługi i świadczenia:

- 1) **Opieka pielęgniarska**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu pobytu - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - CPG zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.
- 2) **Sprzęt rehabilitacyjny**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza CPG podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu.
- 3) **Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się w odległości większej niż 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski po zakończonej Hospitalizacji Ubezpieczonego. Transport odbywa się:
 - a) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
 - b) pociągiem w wagonie I klasy lub autobusem,
 - c) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin, w tym, w odniesieniu do pkt. a) i b) również transport taksówką do i z dworca/lotniska.
- 4) **Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się w odległości większej niż 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego CPG zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania (nocleg z wliczonym śniadaniem) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca Hospitalizacji Ubezpieczonego.
- 5) **Transport do Placówki medycznej**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG.
- 6) **Transport pomiędzy Placówkami medycznymi**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem CPG i odbywa się środkiem

transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

7) **Transport z Placówki medycznej**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był Hospitalizowany i - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, CPG zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.

8) **Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

9) **Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

10) **Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony trafił do szpitala, CPG zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez Ubezpieczonego ww. przedmiotów przedstawicielowi CPG. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

11) **Dostarczenie lekarstw**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza CPG, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznał) nie może opuszczać Miejsca zamieszkania, CPG zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi CPG recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego.

12) **Pomoc domowa po Hospitalizacji**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej Hospitalizacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza CPG podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w Miejscu zamieszkania, CPG zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- b) codzienne porządki domowe,
- c) dostawa / przygotowanie posiłków,
- d) opieka nad Zwierzętami domowymi,
- e) podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

Artykuł VI

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokoju społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Towarzystwa,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, o ile zgoda taka nie została wyrażona.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych,
 - 2) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie,
 - 3) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 4) chorób psychicznych Ubezpieczonego,

- 5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego,
- 6) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,
- 7) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane z Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
 - 2) amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, np. tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
6. CPG nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich.
8. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku świadczenia Dostarczenie lekarstw Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
10. W przypadku świadczenia Sprzęt rehabilitacyjny koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane przez Towarzystwo, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

Artykuł VII

Realizacja świadczeń

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, chyba że z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej, skontaktować się z CPG pod numerem telefonu: (22) 575 96 36 i podać:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres Miejsca zamieszkania,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami CPG.
3. W przypadku nie wykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym Towarzystwo może odmówić wykonania świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć jeżeli nie wykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu Pomocy medycznej w odniesieniu do danego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest wypełnić i przekazać do CPG „Wniosek o realizację świadczeń” do którego dołącza kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nieszczęśliwego wypadku wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań,
 ww. dokumenty należy przesać na adres wskazany przez CPG pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres: **mediplan_zdrowie@ipa.com.pl**.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu Pomocy medycznej w odniesieniu do danego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przekazać do CPG kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty o których mowa w ust. 4 i 5 powyżej Lekarz CPG w terminie maksymalnie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
7. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami CPG, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje CPG niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. W przypadku powzięcia przez Towarzystwo nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego Wniosku o realizację świadczeń CPG, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
9. W przypadku uznania odpowiedzialności Towarzystwa czas oczekiwania na realizację świadczeń Pomocy medycznej wynosi:
 - 1) do 5 dni roboczych w przypadku konsultacji u lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń pomocy medycznej,
 o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności CPG pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
11. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej CPG.

12. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w Umowie Dodatkowej, pokrywane są przez CPG bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych odrębnie w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej MEDIPLAN stosuje się Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy głównej doręczane Ubezpieczającemu przy zawarciu umowy głównej oraz odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej MEDIPLAN zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./2/1/2016 z dnia 20 stycznia 2016 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 1 lutego 2016 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

ZABIEGI AMBULATORYJNE	
L.p.	Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne
1.	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
2.	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
3.	Usunięcie szwów
4.	Zmiana opatrunku
5.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
6.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
7.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
	Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne
8.	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
	Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne
9.	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
10.	Usunięcia ciała obcego lub złożu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
	Ambulatoryjne zabiegi ortopedyczne
11.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
12.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
13.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
14.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
15.	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
16.	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
17.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
18.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
19.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
20.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
21.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
22.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
	Badania laboratoryjne
23.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
24.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
25.	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
26.	Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie
27.	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie
28.	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie

Badania radiologiczne

29. Badanie radiologiczne; czaszka
30. Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA
31. Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna
32. Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy
33. Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
34. Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne
35. Badanie radiologiczne; żebra; obustronne
36. Badanie radiologiczne; mostek
37. Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe
38. Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe
39. Badanie radiologiczne; kość ramienna
40. Badanie radiologiczne; staw łokciowy
41. Badanie radiologiczne; przedramię
42. Badanie radiologiczne; ręka
43. Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki
44. Badanie radiologiczne; biodro
45. Badanie radiologiczne; kość udowa

Ultrasonografia

46. Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa
47. Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna
48. Badanie ultrasonograficzne miednicy

Rehabilitacja

49. Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
50. Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;
51. Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje)
52. Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
53. Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
54. Kinezytaping
55. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
56. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
57. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
58. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
59. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
60. Galwanizacja
61. Elektrostymulacja
62. Tonoliza
63. Prądy diadynamiczne
64. Prądy interferencyjne
65. Prądy Kotza
66. Prądy Tens
67. Prądy Traberta
68. Impulsowe pole magnetyczne
69. Laseroterapia (skaner, punktowo)
70. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej
„MEDIPLAN PAKIET DZIECKO”
z uwzględnieniem definicji zawartych w Umowie Dodatkowej (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Nr jednostki redakcyjnej
Przesłanki wypłaty (realizacji) odszkodowania i innych świadczeń	Artykuły III, IV, V
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł IV

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ „MEDIPLAN PAKIET DZIECKO”

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej MEDIPLAN PAKIET DZIECKO (dalej Umowa Dodatkowa), stosuje się jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego ubezpieczenia na Życie.

Artykuł II

Definicje

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług MEDIPLAN PAKIET DZIECKO (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, a także dziecko przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, które w momencie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia, pod warunkiem, iż zamieszkuje ono w Miejscu zamieszkania;
 - 3) **Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń;
 - 4) **Lekarz prowadzący** – lekarz prowadzący proces leczenia Dziecka przydzielony do opieki z ramienia Placówki medycznej, w której Dziecko poddane zostało leczeniu następstw Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) **Lekarz CPG** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez CPG i uprawniona do występowania w imieniu CPG;
 - 6) **Okres ubezpieczenia** – okres kolejno następujących po sobie 12 miesięcy wskazany w dokumencie ubezpieczenia, w których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 7) **Miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Polski, w którym znajduje się Dziecko, z wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej;
 - 8) **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we Wniosku o realizację świadczeń;
 - 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Dziecko – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkującego:
 - a) pęknięciem lub złamaniem kości,
 - b) zwichnięciem lub skręceniem stawu,
 - c) urazem kręgosłupa,
 - d) urazem głowy (tj. wstrząśnienie mózgu, pęknięcie kości czaszki),
 - e) urazem narządów wewnętrznych,
 - f) urazem oka;
 - 10) **Placówka medyczna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
 - 11) **Poważny Nieszczęśliwy wypadek** – wyłącznie taki Nieszczęśliwy wypadek, w następstwie którego Dziecko doznało uszkodzenia ciała w wyniku, którego nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
 - 12) **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia;
 - 13) **Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do świadczeń jak i Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski;
 - 14) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nieszczęśliwy wypadek lub Poważny nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił w Okresie ubezpieczenia na terytorium Polski, uprawniające do skorzystania z danego świadczenia - zgodnie z Tabelą nr 1. Zdarzenia spowodowane jedną przyczyną i obejmujące wszystkie okoliczności oraz ich skutki, powiązane relacją przyczynowo-skutkową, czasem wystąpienia lub innym bezpośrednim czynnikiem, będą uważane za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Artykuł III

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację lub organizację i pokrycie kosztów usług assistance określonych w Umowie Dodatkowej, świadczonych na rzecz Dziecka za pośrednictwem CPG w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1, w okresie ubezpieczenia.
3. Świadczenia oraz limity kosztów świadczeń przysługujące Dziecku określone zostały w poniższej tabeli.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit na zdarzenie/ Limit zdarzeń w roku ubezpieczeniowym	
OPIEKA MEDYCZNA			
Konsultacje lekarzy specjalistów			
Konsultacja chirurga	Poważny Nieszczęśliwy Wypadek	2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja okulisty		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja otolaryngologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja ortopedy		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja kardiologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja neurologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja pulmonologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja lekarza rehabilitacji		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja neurochirurga		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Konsultacja psychologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia	
Badania i zabiegi			
Zabiegi ambulatoryjne*	Poważny Nieszczęśliwy Wypadek	2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia	
Badania laboratoryjne*		2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia	
Badania radiologiczne*		2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia	
Ultrasonografia*		2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia	
Rehabilitacja*		20 zabiegów na Zdarzenie ubezpieczeniowe/ 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia	
Tomografia komputerowa*		1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe/ 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia	
Rezonans magnetyczny*		1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe/ 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia	
Pomoc medyczna			
Wizyta domowa lekarza pediatry		Nieszczęśliwy Wypadek	1 wizyta/ Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi			1.500 PLN
Sprzęt rehabilitacyjny	Koszty zakupu/wypożyczenia: 500 PLN Koszty transportu: 500 PLN		
Pomoc opiekuńcza			
Korepetycje	Nieszczęśliwy Wypadek	10h jednak nie więcej niż 2h w ramach jednej wizyty korepetytora/ Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia	
Opieka nad dziećmi		750 PLN/ Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia	
Pomoc na życzenie			
Telefoniczna Informacja Medyczna „DZIECKO”	Wniosek Ubezpieczonego	Bez limitu	
Infolinia Dziecko		Bez limitu	
Baby concierge		Bez limitu na koszt rodzica Ubezpieczonego	

* Szczegółowy wykaz procedur medycznych znajduje się w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.

4. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, zorganizuje i pokryje koszty następujących świadczeń:

4.1 Opieka medyczna

1) Konsultacje lekarzy specjalistów

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG - w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego - zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- a) chirurg,
- b) okulista,

- c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,
 - f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) lekarz rehabilitacji,
 - i) neurochirurg,
 - j) psycholog.
- 2) **Zabiegi ambulatoryjne**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz Dziecka w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.
- 3) **Badania laboratoryjne**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.
- 4) **Badania radiologiczne**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.
- 5) **Badania ultrasonograficzne**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.
- 6) **Rehabilitacja**
Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – CPG zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:
a) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Dziecka
albo
b) wizyt Dziecka w najbliższej Miejscu pobytu Dziecka poradni rehabilitacyjnej w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.
- 7) **Tomografia komputerowa**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.
- 8) **Rezonans magnetyczny**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

4.2 Pomoc medyczna

- 1) **Wizyta domowa lekarza pediatry**
W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, CPG zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu Dziecka. Świadczenie realizowane jest w obecności prawnego opiekuna Dziecka lub innej osoby pełnoletniej wskazanej przez Ubezpieczonego.
- 2) **Transport pomiędzy Placówkami medycznymi**
Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko znalazło się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest ono skierowane na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Dziecka wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Dziecka. W przypadku, gdy Dziecko jest jedynie skierowane na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Dziecko jest leczone.
- 3) **Sprzęt rehabilitacyjny**
Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza CPG podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu.

4.3 Pomoc opiekuńcza

- 1) **Korepetycje**
Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, na podstawie zwolnienia lekarskiego Dziecko nie może przez co najmniej 7 kolejnych dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej, CPG zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca Hospitalizacji Dziecka lub Miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo – wychowawczej, do której uczęszcza Dziecko.
Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego).
- 2) **Opieka nad Dziećmi**
Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki Dzieciom, CPG zorganizuje i pokryje koszty opieki w Miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub przez pielęgniarkę – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Dzieci.

4.4 Pomoc na życzenie

- 1) **Telefoniczna Informacja Medyczna**

Na wniosek Ubezpieczonego CPG zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) natychmiastowej pomocy – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- b) ukąszeń – sposobów postępowania w przypadku ukąszeń,
- c) jednostek chorobowych – jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) zachowań prozdrowotnych – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszktowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) profilaktyki – profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej,
- f) opisów badań – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- g) przygotowania do badań – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- h) badań kontrolnych – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- i) leków – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji, poziomu refundacji leków,
- j) alternatywnych metod leczenia i relaksacji – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) uwarunkowań medycznych – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- l) grup wsparcia – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) przed podróżą – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej CPG zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem. CPG udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza CPG,
- b) Placówek medycznych mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) i rekomendowanych przez CPG,
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

2) Infolinia dziecko

Na wniosek Ubezpieczonego CPG zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) obowiązkowych szczepień dzieci,
- b) obowiązkowych badań kontrolnych i bilansów,
- c) najczęstszych chorób wieku dziecięcego,
- d) leków, które można podać niemowlętom, możliwych interakcji z innymi lekami i działań niepożądanych,
- e) opisów/wyników wykonanych badań,
- f) uzdrowisk, ośrodków rehabilitacyjnych, kolonii zdrowotnych,
- g) danych teleadresowych pediatrycznych placówek medycznych.

Ponadto w ramach świadczenia CPG zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.

3) Baby concierge

Na wniosek i koszt Ubezpieczonego CPG zapewni usługi w zakresie organizacji świadczeń dla dzieci:

- a) dostawy towarów – organizacja zakupu i dostarczenia pod wskazany adres wybranych przez Ubezpieczonego artykułów dla dzieci i niemowląt tj. zabawki, kosmetyki, stroje karnawałowe,
- b) opieki – organizacja opieki nad dziećmi w miejscu wskazanym przez Ubezpieczonego,
- c) leczenia – organizacja wizyty domowej lekarza pediatry, wizyt kontrolnych, bilansów zdrowia, wizyt u lekarzy specjalistów,
- d) korepetycji – organizacja dodatkowych korepetycji dla Dziecka,
- e) czasu wolnego – rezerwacja, zakup i dostarczenie biletów na koncerty, spektakle, filmy czy wydarzenia sportowe dla Dziecka,
- f) odwiedzin – organizacja odwiedzin Dziecka przez Clowna w czasie choroby Dziecka,
- g) przyjęć – pomoc w organizacji przyjęć dla Dziecka obejmujących również dodatkowe atrakcje tj. gry, zabawy i konkursy poprzez informowanie oraz zapewnienie kontaktu z profesjonalnymi podmiotami specjalizującymi się w tym zakresie,
- h) aranżacji pokoju – organizacja wizyty architekta wnętrz, który specjalizuje się w projektowaniu przestrzeni dla Dziecka.

Artykuł IV

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,

- 2) strajków, niepokoїв społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub braku dostępu do Dziecka lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w Umowie Dodatkowej wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej dotyczącej Dziecka, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, o ile zgoda taka nie została wyrażona. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
- 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych,
 - 2) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie,
 - 3) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 4) chorób psychicznych Dziecka,
 - 5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Dziecka w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Dziecka,
 - 6) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,
 - 7) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 8) umyślnego działania Dziecka lub umyślnego działania osoby, z którą Dziecko pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 9) rażącego niedbalstwa Dziecka, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje wypadków przy pracy.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
- 1) wyczynowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
 - 2) amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi (np. tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego).
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez niego terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich.
8. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku świadczenia Sprzęt rehabilitacyjny koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane przez Ubezpieczyciela, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

Artykuł V

Realizacja świadczeń

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w imieniu Dziecka zobowiązani są niezwłocznie skontaktować się z CPG pod numerem telefonu (22) 575 96 36, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub osoby działającej w imieniu Dziecka nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego i Dziecka,
 - 2) numer PESEL lub data urodzenia Ubezpieczonego i Dziecka
 - 3) adres Miejsca zamieszkania,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.
2. Ubezpieczony lub osoba działająca w imieniu Dziecka zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami CPG.
3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu w terminie w nim wskazanym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie w oparciu o powszechnie obowiązujący stan wiedzy lekarskiej, w stopniu, w jakim niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.

Artykuł VI

Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych odrębnie w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej MEDIPLAN PAKIET DZIECKO stosuje się Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie do Umowy głównej doręczane Ubezpieczającemu przy zawarciu Umowy oraz odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./2/1/2016 z dnia 20 stycznia 2016 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 1 lutego 2016 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

ZABIEGI AMBULATORYJNE		
L.p.	Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne	
1.	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych	✓
2.	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu	✓
3.	Usunięcie szwów	✓
4.	Zmiana opatrunku	✓
5.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)	✓
6.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojęzyczny, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)	✓
7.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)	✓
8.	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn	✓
9.	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych	✓
10.	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite	✓
11.	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe	✓
12.	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki	✓
13.	Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe	✓
14.	Wstrzyknięcie podspojówkowe	✓
15.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	✓
16.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	✓
17.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	✓
18.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	✓
19.	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną	✓
20.	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie	✓
21.	Zastosowanie gipsu biodrowego	✓
22.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)	✓
23.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)	✓
24.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)	✓
25.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)	✓
26.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego	✓
27.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny	✓
28.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)	✓
29.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)	✓
30.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)	✓
31.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów	✓
32.	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	✓

33.	Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie	✓
34.	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie	✓
35.	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie	✓
36.	Badanie radiologiczne; czaszka	✓
37.	Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA	✓
38.	Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna	✓
39.	Badanie radiologiczne; żuchwa	✓
40.	Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy	✓
41.	Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)	✓
42.	Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne	✓
43.	Badanie radiologiczne; żebra; obustronne	✓
44.	Badanie radiologiczne; mostek	✓
45.	Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe	✓
46.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna	✓
47.	Badanie radiologiczne; kręgosłup szyjny	✓
48.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)	✓
49.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowy	✓
50.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy	✓
51.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy	✓
52.	Badanie radiologiczne; miednica	✓
53.	Badanie radiologiczne; stawy krzyżowo-biodrowe	✓
54.	Badanie radiologiczne; kość krzyżowa i kość ogonowa	✓
55.	Badanie radiologiczne; obojczyk; całkowite	✓
56.	Badanie radiologiczne; łopátka; całkowite	✓
57.	Badanie radiologiczne; bark	✓
58.	Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe	✓
59.	Badanie radiologiczne; kość ramienna	✓
60.	Badanie radiologiczne; staw łokciowy	✓
61.	Badanie radiologiczne; przedramię	✓
62.	Badanie radiologiczne; nadgarstek	✓
63.	Badanie radiologiczne; ręka	✓
64.	Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki	✓
65.	Badanie radiologiczne; biodro	✓
66.	Badanie radiologiczne; kość udowa	✓
67.	Badanie radiologiczne; kolano	✓
68.	Badanie radiologiczne; oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA	✓
69.	Badanie radiologiczne; piszczel i strzałka	✓
70.	Badanie radiologiczne; staw skokowy	✓
71.	Badanie radiologiczne; stopa	✓
72.	Badanie radiologiczne; kość piętowa	✓
73.	Badanie radiologiczne; jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA	✓
74.	Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa	✓
75.	Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna	✓
76.	Badanie ultrasonograficzne miednicy	✓
77.	Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości	✓
78.	Badanie ultrasonograficzne; kończyna; nienaczyniowe	✓

79.	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości	✓
80.	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;	✓
81.	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje	✓
82.	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna	✓
83.	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów	✓
84.	Kinezytaping	✓
85.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia	✓
86.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; podczerwień (sollux)	✓
87.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet	✓
88.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki	✓
89.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza	✓
90.	Galwanizacja	✓
91.	Elektrostymulacja	✓
92.	Tonoliza	✓
93.	Prądy diadynamiczne	✓
94.	Prądy interferencyjne	✓
95.	Prądy Kotza	✓
96.	Prądy Tens	✓
97.	Prądy Traberta	✓
98.	Impulsowe pole magnetyczne	✓
99.	Laseroterapia (skaner, punktowo)	✓
100.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termozele)	✓
101.	Krioterapia – miejscowa	✓
102.	Krioterapia – zabieg w kriokomorze	✓
103.	Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; bez kontrastu	✓
104.	Tomografia a komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu	✓
105.	Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu	✓
106.	Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; bez kontrastu	✓
107.	Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; bez kontrastu	✓
108.	Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; bez kontrastu	✓
109.	Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
110.	Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
111.	Tomografia komputerowa; miednica; bez kontrastu	✓
112.	Tomografia komputerowa; kończyna górna; bez kontrastu	✓
113.	Tomografia komputerowa; kończyna dolna; bez kontrastu	✓
114.	Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; bez kontrastu	✓
115.	Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; z kontrastem	✓
116.	Tomografia komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem	✓
117.	Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem	✓
118.	Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; z kontrastem	✓
119.	Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; z kontrastem	✓
120.	Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; z kontrastem	✓
121.	Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
122.	Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓

123.	Tomografia komputerowa; miednica; z kontrastem	✓
124.	Tomografia komputerowa; kończyna górna; z kontrastem	✓
125.	Tomografia komputerowa; kończyna dolna; z kontrastem	✓
126.	Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; z kontrastem	✓
127.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu	✓
128.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu	✓
129.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu	✓
130.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu	✓
131.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
132.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
133.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; bez kontrastu	✓
134.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu	✓
135.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu	✓
136.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu	✓
137.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu	✓
138.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; bez kontrastu	✓
139.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; z kontrastem	✓
140.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem	✓
141.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem	✓
142.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem	✓
143.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
144.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
145.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; z kontrastem	✓
146.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem	✓
147.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem	✓
148.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem	✓
149.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem	✓
150.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; z kontrastem	✓

