



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM

Artykuł I	Postanowienia ogólne	3
Artykuł II	Definicje	3
Artykuł III	Przedmiot i zakres odpowiedzialności	5
Artykuł IV	Zawarcie Umowy	6
Artykuł V	Przystępowanie do Umowy	7
Artykuł VI	Zmiany w Umowie	8
Artykuł VII	Rozwiązanie Umowy	8
Artykuł VIII	Prawa i obowiązki stron Umowy	9
Artykuł IX	Składki	9
Artykuł X	Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	9
Artykuł XI	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa	10
Artykuł XII	Wypłata świadczenia	11
Artykuł XIII	Uprawnieni do świadczenia	12
Artykuł XIV	Indywidualna kontynuacja	12
Artykuł XV	Umowy Dodatkowe	13
1.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	13
2.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	13
3.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	13
4.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	13
5.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	14
6.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	14
7.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	14
8.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	15
9.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	16
10.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	17
11.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	17
12.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	18
13.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant I	19
14.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant II	21
15.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka	24
16.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka	26
17.	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego	28
18.	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka	28
19.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	29
20.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	30
21.	Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego	30
22.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	31
23.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	31
24.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	31
25.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	32
26.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	32
27.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka	33
28.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	33
29.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	33
30.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	33
31.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	33
32.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzona o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	34
33.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego	34
34.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka	34
35.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	34
36.	Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	35
37.	Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej	35
38.	Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	39
39.	Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej	40
40.	Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego	41
41.	Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego	42
42.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia	44
43.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku	44
44.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku	45

45. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	45
46. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu .	46
47. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu	46
48. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji Ubezpieczonemu kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	47
49. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku . . .	48
50. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	48
51. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji	48
Artykuł XVIII Skargi i zażalenia	49
Artykuł XIX Postanowienia końcowe	49
Załącznik nr 1 – Tabela uszczerbków na zdrowiu	51
Załącznik nr 2 – Katalog operacji chirurgicznych	64
Załącznik nr 3 – Katalog wad wrodzonych	73
Załącznik nr 4 - Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	75

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum 6 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, 5	Art. V ust. 14, Art. XI Art. XII ust. 9
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. XV ust. 3 pkt 2
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 4 pkt 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 4 pkt 3
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	Art. XV ust. 5 pkt 2 i 7	Art. XV ust. 5 pkt 2 i 3 i 4 i 7
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 6	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 3 i 6
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 7 i 8 i 9	Art. XV ust. 7 pkt 3 i 4 i 8 i 11
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 7 i 8 i 9	Art. XV ust. 8 pkt 3 i 4 i 8 i 11
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 9 pkt 2 i 6 i 10	Art. XV ust. 9 pkt 3 i 7 i 8 i 9 i 11

Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 10 pkt 1 i 5 i 9	Art. XV ust. 10 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 5 i 9	Art. XV ust. 11 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 12 pkt 1 i 5 i 9	Art. XV ust. 12 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I	Art. XV ust. 13 pkt 2 i 3 i 7	Art. XV ust. 13 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II	Art. XV ust. 14 pkt 2 i 3 i 7	Art. XV ust. 14 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Poważne zachorowanie Współmałżonka	Art. XV ust. 15 pkt 1 i 2 i 6	Art. XV ust. 15 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Poważne zachorowanie Dziecka	Art. XV ust. 16 pkt 1 i 2 i 6	Art. XV ust. 16 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 2 i 3 i 6	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Współmałżonka	Art. XV ust. 18 pkt 1 i 2 i 6	Art. XV ust. 18 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 19 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8	Art. XV ust. 19 pkt 2 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14 i 15
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 20 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 20 pkt 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Rekonwalescencja Ubezpieczonego	Art. XV ust. 21 pkt 2 i 3 i 4	Art. XV 21 pkt 3 i 4 i 5
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 22 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 22 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 23 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 23 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 24 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 24 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9

Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 25 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 25 pkt 6 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11
Pobyt Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 26 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 26 pkt 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Śmierć Współmałżonka	Art. XV ust. 27 pkt 1	Art. XV ust. 27 pkt 3
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 28 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 28 pkt 3
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 29 pkt 1	Art. XV ust. 29 pkt 2 i 3
Śmierć Teściów	Art. XV ust. 30 pkt 1	Art. XV ust. 30 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 31 pkt 2 i 3	
Urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	Art. XV ust. 32 pkt 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 32 pkt 6 i 7
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XV ust. 33 pkt 2	
Śmierć Dziecka	Art. XV ust. 34 pkt 1	Art. XV ust. 34 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 35 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 35 pkt 2
Osierocenie Dziecka	Art. XV ust. 36 pkt 2	Art. XV ust. 36 pkt 3
Pomoc medyczna	Art. XV ust. 37 pkt 3 i 6 i 8 i 11	Art. XV ust. 37 pkt 5 i 9 i 11
Druga opinia medyczna	Art. XV ust. 38 pkt 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 38 pkt 3 i 5 i 7 i 8
Rehabilitacja medyczna	Art. XV ust. 39 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 39 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 11
Leczenie specjalistyczne	Art. XV ust. 40 pkt 2 i 3 i 8	Art. XV ust. 40 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 9 i 10 i 11 i 12
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Art. XV ust. 41 pkt 9	Art. XV ust. 41 pkt 9

Urodzenie Dziecka martwego lub poronienia	Art. XV ust. 42 pkt 3	Art. XV ust. 42 pkt 4
Śmierć Rodziców wskutek NW	Art. XV ust. 43 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 43 pkt 2 i 4
Śmierć Teściów wskutek NW	Art. XV ust. 44 pkt 1 i 7	Art. XV ust. 44 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6
Pobyt Dziecka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 45 pkt 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 45 pkt 5 i 6 i 7 i 9
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 46 pkt 2 i 3 i 7	Art. XV ust. 46 pkt 4, 5, 6
Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 47 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8	Art. XV ust. 47 pkt 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14 i 15
Refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wskutek NW	Art. XV ust. 48 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 48 pkt 2
Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XV ust. 49 pkt 1 i 2 i 4	Art. XV ust. 49 pkt 3 i 4
Refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	Art. XV ust. 50 pkt 2	Art. XV ust. 50 pkt 3
Niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	Art. XV ust. 51 pkt 3 i 6	Art. XV ust. 51 pkt 6 i 7 i 8
	3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Art. XV ust. 41 pkt 10	Art. XV ust. 41 pkt 9

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM NR 6/2012

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 6/2012, zwane dalej OWU, stosuje się do Umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zawieranych na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającymi a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej Towarzystwem.

Artykuł II

Definicje

Wymienione poniżej terminy użyte w OWU, we wniosku o zawarcie Umowy, w polisie oraz w innych pisemnych oświadczeniach Towarzystwa i dokumentach związanych z Umową definiuje się następująco:

1. **akt terroryzmu** – użycie przemocy przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej z zamiarem ich zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych;
2. **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
3. **data początku ochrony** – data przystąpienia do Umowy określona w Art. V ust. 6;
4. **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;
5. **deklaracja** – pisemne oświadczenie woli, w którym Pracownik/Współmałżonek/Konkubent/Pełnoletnie dziecko wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową;
6. **Dziecko** – 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 powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
7. **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
8. **Konkubent** – 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 36 miesięcy;
9. **limit automatycznej akceptacji** – ustalana przez Towarzystwo maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 4)-5), 10), 13)-14), 17), 19), 36), 40), 46), 50) oraz 51), którą Towarzystwo może przyznać Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
10. **Macocha** – aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, albo wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
11. **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;
12. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu, a także innych chorób i stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle;
13. **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
14. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
15. **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub Współmałżonka, albo wdowiec po matce Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
16. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w polisie;
17. **okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy;
18. **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 niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne oraz zabiegi niebędące koniecznością medyczną. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone i opisane w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
19. **pakiet** – utworzony w ramach podgrupy, określony przez Towarzystwo oraz możliwy do wyboru przez Ubezpieczonego zakres ubezpieczenia wraz z obowiązującymi sumami ubezpieczenia oraz należnymi składkami wynikającymi z Umowy Podstawowej oraz poszczególnych Umów Dodatkowych;
20. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 rok życia i ma nie więcej niż 26 lat;
21. **pobyt Dziecka w szpitalu** – całodobowy pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający

- nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala;
22. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
23. **podgrupa** – wyodrębniona w ramach Umowy część Ubezpieczonych z jednolitym zakresem odpowiedzialności i innych warunków ubezpieczenia, przy zaakceptowanych przez strony kryteriach wyodrębnienia podgrupy;
24. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy oraz jej warunki, który Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu;
25. **portal** – platforma internetowa łącząca Towarzystwo z Ubezpieczonymi za pośrednictwem Internetu;
26. **poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodne z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań;
27. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo;
28. **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;
29. **rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie, maksymalnie 30 dni, okres powrotu Ubezpieczonego do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, potwierdzony zwolnieniem lekarskim wydanym przez ten szpital. Do okresu rekonwalescencji nie wlicza się okresu zwolnienia lekarskiego obejmującego pobyt w szpitalu;
30. **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica określonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
31. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
32. **składka całkowita** – suma składek ochronnych i inwestycyjnych należnych w danym okresie rozliczeniowym za wszystkich Ubezpieczonych;
33. **składka ochronna** – kwota lub procent wynagrodzenia określone w polisie, przeznaczone na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należne w danym okresie rozliczeniowym;
34. **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa wyrażona określoną w polisie kwotą lub krotnością wynagrodzenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
35. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem 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, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
36. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkiowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, 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;
37. **termin należności składki** – data początku okresu ubezpieczenia i kolejna miesięcznica polisy wynikająca wprost ze wskazanej w polisie częstotliwości opłacania składki;
38. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
39. **trwałe inwalidztwo** – naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała (utracie organu) lub na rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nie rokujące poprawy. Obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych. Sformułowania „utrata”, „porażenie” i „usztynienie” rozumiane są jako:
- 1) **utrata** – całkowita anatomiczna strata narządu lub części ciała;
 - 2) **porażenie** – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji;
 - 3) **usztynienie** – całkowite zniesienie ruchomości w stawie;
40. **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 wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
41. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
42. **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do Umowy. Ubezpieczonymi mogą być Pracownicy, a za zgodą Towarzystwa również Współmałżonek (Konkubent/Pełnoletnie dziecko Pracownika), pod warunkiem przystąpienia do Umowy zarówno Współmałżonka (Konkubenta/Pełnoletniego dziecka) jak i samego Pracownika;
43. **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;

- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia 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) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
44. **Umowa** – 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;
45. **Umowa Dodatkowa** – umowa ubezpieczenia rozszerzająca zakres Umowy Podstawowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
46. **Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
47. **Uposażony** – osoba lub inny podmiot wskazany na piśmie lub elektronicznie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
48. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem,
 - umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez Ubezpieczającego 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 zawartej z Towarzystwem oraz z tytułu której ochrona zakończyła się lub w przypadku umowy Indywidualnej Kontynuacji zakończy się w ciągu 30 dni od dnia objęcia ochroną w ramach niniejszej Umowy;
49. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu, w którym wiek jest liczony;
50. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
51. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz 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 Ubezpieczającego 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 przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z 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;

52. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym to zdarzeniu Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy lub kierowca, lub pasażer środka lokomocji i w którym uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
53. **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.
- Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

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.
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 zawału serca lub udaru mózgu;
 - 5) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - 6) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I;
 - 8) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II;
 - 9) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 11) trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;

- 12) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 13) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I;
 - 14) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II;
 - 15) poważne zachorowanie Współmałżonka;
 - 16) poważne zachorowanie Dziecka;
 - 17) operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - 18) operacje chirurgiczne Współmałżonka;
 - 19) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 20) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 21) rekonwalescencję Ubezpieczonego;
 - 22) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 23) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 24) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 25) pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 26) pobyt Dziecka w szpitalu;
 - 27) śmierć Współmałżonka;
 - 28) śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 29) śmierć Rodziców;
 - 30) śmierć Teściów;
 - 31) urodzenie Dziecka;
 - 32) urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną;
 - 33) urodzenie Dziecka martwego;
 - 34) śmierć Dziecka;
 - 35) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 36) osierocenie Dziecka;
 - 37) pomoc medyczna;
 - 38) druga opinia medyczna;
 - 39) rehabilitacja medyczna;
 - 40) leczenie specjalistyczne;
 - 41) Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy;
 - 42) urodzenie Dziecka martwego lub poronienie;
 - 43) śmierć Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 44) śmierć Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 45) pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 46) ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 47) pobyt Współmałżonka w szpitalu;
 - 48) refundacja kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 49) refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 50) refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty;
 - 51) całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
4. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności potwierdzone są w polisie.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
 6. W przypadku zajęcia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo spełni świadczenia zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 warunkiem niezbędnym do zawarcia Umowy jest złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
 - 1) wniosku o zawarcie Umowy;
 - 2) kompletu deklaracji podpisanych przez osoby wyrażające wolę przystąpienia do Umowy na warunkach określonych we wniosku o zawarcie Umowy;
 - 3) wykazu osób deklarujących wolę przystąpienia do Umowy, za które, po zawarciu Umowy, zostanie opłacona pierwsza składka całkowita;
 - 4) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Umowa może zostać zawarta w trybie ofertowym na podstawie wniosku o zawarcie Umowy, 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 bez podania przyczyny.
3. Za zgodą Towarzystwa Ubezpieczający ma prawo ustalenia dodatkowych kryteriów uprawniających Pracowników do przystąpienia do Umowy.
4. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, w znaczący sposób różnią się od informacji, na podstawie których Towarzystwo przygotowało propozycję grupowego ubezpieczenia na życie, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 20 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów, przedstawić nową propozycję grupowego ubezpieczenia na życie, adekwatną do przedstawionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo nowej propozycji grupowego ubezpieczenia na życie ust. 1 stosuje się odpowiednio.
5. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
6. Umowa zawierana jest na okres jednego roku.
7. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, jeżeli żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej stronie na piśmie pod rygorem nieważności nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy na kolejny okres roczny.
8. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dniu rocznicy polisy lub za zgodą Towarzystwa w wybraną miesięcznicę polisy.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Towarzystwa, dopuszcza się utworzenie podgrup.
10. Ubezpieczony w danym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności Ubezpieczonego do podgrupy lub zmiana pakietu w ramach podgrupy są możliwe tylko w rocznicę polisy bądź za zgodą Towarzystwa poza rocznicą, pod warunkiem, że kryterium przynależności do podgrupy jest zajmowane stanowisko, na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczonego przed tym dniem.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy

1. Do Umowy może przystąpić osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ma co najmniej 15 lat i nie więcej niż 69 lat, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3;
 - 2) jest Pracownikiem Ubezpieczającego lub ma zostać Pracownikiem Ubezpieczającego lub jest Współmałżonkiem lub Konkubentem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika;
 - 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 4) spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz potwierdzone w polisie.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania innych warunków ubezpieczenia osobom, które w dniu zawarcia Umowy ukończyły 65 rok życia.
3. Do Umowy 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 był nie dłuższy niż 31 dni.
4. Za datę nabycia prawa do przystąpienia do Umowy przez Pracownika uważa się późniejszą z dat: datę początku okresu ubezpieczenia lub datę zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Za datę nabycia prawa do przystąpienia do Umowy przez Współmałżonka lub Konkubenta lub Pełnoletnie dziecko Pracownika uważa się późniejszą z dat:
 - 1) datę nabycia prawa do przystąpienia do Umowy przez Pracownika lub
 - 2) datę utworzenia podgrupy dla Współmałżonków lub Konkubentów lub Pełnoletnich dzieci lub
 - 3) datę:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystąpienia Współmałżonka;
 - b) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystąpienia Konkubenta;
 - c) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystąpienia Pełnoletniego dziecka.
6. 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. 7.
7. 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.
8. W stosunku do Pracownika, przystępującego do Umowy po 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia, Towarzystwo uzależnia objęcie tego Pracownika ochroną ubezpieczeniową od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, dokonanej na podstawie informacji o jego stanie zdrowia zawartych w kwestionariuszu medycznym.
9. Jeżeli Pracownik w krótszym z okresów: dwunastu miesięcy poprzedzających przystąpienie do Umowy lub w okresie pomiędzy datą nabycia prawa do przystąpienia do Umowy a datą przystąpienia do Umowy, był nieobecny w pracy z powodu przebywania w szpitalu lub przebywania na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo uzależnia objęcie tego Pracownika ochroną ubezpieczeniową oraz warunki ubezpieczenia od informacji o jego stanie zdrowia zawartych w kwestionariuszu medycznym oraz w innych dokumentach wymaganych przez Towarzystwo.
10. Ubezpieczonemu, któremu ochrona z tytułu Umowy wygasa z dniem najbliższej miesięcznicy polisy po rozpoczęciu urlopu wychowawczego lub bezpłatnego i który w związku z tym zawarł z Towarzystwem umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, przysługuje prawo ponownego przystąpienia do Umowy pod warunkiem, że umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została rozwiązana i okres między zakończeniem ochrony z tytułu umowy o indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia a ponownym przystąpieniem do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni. Za datę nabycia prawa ponownego przystąpienia do Umowy przez Pracownika, o którym mowa powyżej - uważa się najbliższy termin należności składki następujący po powrocie Pracownika z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego, jeżeli zostały spełnione warunki wymienione w ust. 1.
11. Osoba przystępująca do Umowy składa deklarację, zawierającą oświadczenie o wybranej podgrupie określającej sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych 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 przez osobę przystępującą.
12. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która wyraziła zgodę na przystąpienie do Umowy na warunkach określonych w Umowie w tym na wysokości sum ubezpieczenia, pod warunkiem podpisania deklaracji, co najmniej na dzień przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli zostały spełnione warunki określone w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 7, oraz o ile została opłacona składka za tego Ubezpieczonego nie później niż z dniem upływu prolongaty.
13. Jeżeli w ramach wybranej podgrupy, 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.
14. W stosunku do Ubezpieczonych, u których suma ubezpieczenia przekracza limit automatycznej akceptacji na dzień przystąpienia do Umowy, Towarzystwo świadczy ochronę tymczasową (tj. ochronę na warunkach określonych w Umowie, z sumą ubezpieczenia równą wysokości limitu automatycznej akceptacji), przez okres nie dłuższy niż 90 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy.
15. W trakcie trwania ochrony tymczasowej Towarzystwo, na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 13, 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.
16. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 15 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.
17. Ochrona tymczasowa wygasa:
- 1) w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym najbliższą miesięcznicę polisy następującą 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 najbliższą miesięcznicę polisy następującą po dniu doręczenia Ubezpieczonemu pisma;
 - 3) w przypadku skutecznego złożenia przez Ubezpieczonego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 16 - w najbliższą miesięcznicę polisy następującą 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 – z dniem najbliższej miesięcznicy polisy następującej po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o rezygnacji.
18. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na dzień najbliższej miesięcznicy polisy przypadającej po dniu złożenia oświadczenia.

Artykuł VI

Zmiany w Umowie

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany w Umowie są dokonywane w drodze ustaleń pomiędzy stronami i potwierdzane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak: wiek, płeć, wysokość wynagrodzenia, wykonywane zawody, liczebność grupy oraz stosowane karencje), Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składek, kryterium podziału na podgrupy, obowiązujące w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą polisy.

Artykuł VII

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może być w każdym czasie rozwiązana za wypowiedzeniem złożonym przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia z zastrzeżeniem Art. IV ust. 7.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej lub w rocznicę polisy, o ile tak zdecydowano zgodnie z Art. VI ust. 5.

3. Bieg okresu wypowiedzenia Umowy rozpoczyna się w miesięcznicę polisy następującą bezpośrednio po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
 4. W przypadku nieopłacenia pierwszej raty składki w terminie prolongaty, Towarzystwo może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosiło odpowiedzialność.
 5. 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 w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie tego dodatkowego terminu.
 6. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej jest równoznaczne z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych.
 7. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Podstawowej, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty zawarcia Umowy.
 8. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) informowania Ubezpieczonego i 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 Uposażonych lub innych osób uprawnionych, które zgłosiły roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz 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 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

Prawa i obowiązki stron Umowy

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) udostępniania Ubezpieczonym OWU będących podstawą zawarcia Umowy, przed zebraniem od nich deklaracji;
 - 2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji osób przystępujących do Umowy;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonym polisy;
 - 4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków Umowy, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla Umowy;
 - 5) informowania Towarzystwa, zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych osobowych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 - 6) przekazywania do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składek całkowitych;
 - 7) przekazywania do Towarzystwa, w terminie należności składki całkowitej i w ustalonym przez Towarzystwo formacie, rozliczenia składek wraz z aktualnymi wykazami Ubezpieczonych przystępujących lub występujących z Umowy oraz ze wskazaniem przyczyny wystąpienia, z zastrzeżeniem, że za szkody powstałe wskutek błędnie przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 8) przekazywania na wniosek Towarzystwa innych dokumentów;
 - 9) wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za wykonywanie przez Ubezpieczającego zobowiązań wynikających z Umowy oraz poinformowania Ubezpieczonych i Towarzystwa o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej informacji dotyczącej warunków Umowy oraz zmiany

Artykuł IX

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 liczby, struktury wiekowo-płciowej i zawodowej osób przystępujących do Umowy.
4. Składki mogą być płatne z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Termin należności składki, prolongata, wysokości składek oraz częstotliwość ich opłacania określone są w polisie.
5. Składkę uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
6. Składki z tytułu Umów Dodatkowych, z wyłączeniem składki doraźnej opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
7. W przypadku zaległości w opłacaniu składek wpłacane kwoty przeznaczane są na pokrycie pierwszej zaległej składki.

Artykuł X

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty początku ochrony określonej w Art. II pkt 3.
2. Z zastrzeżeniem Art. V ust. 15-17, 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;
 - 2) śmierci Ubezpieczonego;

- 3) w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 69 lat, z zastrzeżeniem ust. 5;
 - 4) w miesięcznicę polisy przypadającą na koniec okresu, za jaki została opłacona składka po:
 - a) otrzymaniu oświadczenia o rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy;
 - 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 została zawarta w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 6) upływu okresu wypowiedzenia Umowy;
 - 7) upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty zaległej składki, nie wcześniej jednak niż w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie dodatkowego terminu, o ile zaległa składka nie zostanie opłacona;
 - 8) w najbliższą miesięcznicę polisy przypadającą po dniu rozpoczęcia przez Ubezpieczonego urlopu wychowawczego lub bezpłatnego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem, Konkubentem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika, ustaje:
- 1) w dniu śmierci odpowiednio: Współmałżonka lub Konkubenta lub Pełnoletniego dziecka Pracownika;
 - 2) z końcem odpowiedzialności w stosunku do Pracownika;
 - 3) w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie odpowiednio związku małżeńskiego lub oświadczenie Pracownika o ustaniu konkubinatu, przy czym oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajęciu odpowiedniej okoliczności;
 - 4) w rocznicę polisy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 69 lat, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu:
- 1) rozwiązania Umowy Podstawowej;
 - 2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 3) w rocznicę polisy - w przypadku zmiany przez Ubezpieczonego podgrupy lub pakietu wydzielonego w ramach podgrupy, nie wcześniej niż z końcem okresu za jaki została opłacona składka.
5. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 4)-6),10), 13)-15), 17)-19), 24), 37)-40), 46) oraz 50)-51) kończy się w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
- 2) samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od objęcia ochroną tego Ubezpieczonego;
 - 3) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
2. Jeżeli odpowiednie warunki Umów Dodatkowych tak stanowią Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało 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;
 - 4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
 - 5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
 - 6) spożycia alkoholu;
 - 7) nadużywania alkoholu, alkoholizmu;
 - 8) pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 10) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 11) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż pasażerskie licencjonowane linie lotnicze, 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;
 - 12) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów 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

Artykuł XI

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;

- i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
- 13) rekreacyjnego uprawiania sportów motorowodnych, nart wodnych, surfingu, nurkowania, żeglarstwa, baloniarstwa, szybownictwa, sportów lotniczych, speleologii, sportów hipicznych, wspinaczki skałkowej, narciarstwa, snowbordingu, zorbingu, paintballu, a także sportów walki;
 - 14) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
 - 15) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 16) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
4. W stosunku do osób przystępujących do Umowy przed upływem 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia stosuje się karencje w podanych poniżej okresach licząc od dnia przystąpienia do Umowy Dodatkowej, dla wymienionych zdarzeń będących przedmiotem odpowiednich Umów Dodatkowych:
- 1) 30 dni – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Dziecka w szpitalu, pobyt Współmałżonka w szpitalu, ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 2) 90 dni – operacje chirurgiczne Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne Współmałżonka, poważne zachorowanie Ubezpieczonego Wariant I, poważne zachorowanie Ubezpieczonego Wariant II, poważne zachorowanie Współmałżonka, poważne zachorowanie Dziecka, rehabilitacja medyczna, leczenie specjalistyczne,
- z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do osób przystępujących do Umowy w dniu jej zawarcia powyższy zapis nie będzie miał zastosowania.
5. W stosunku do osób, które przystępują do Umowy po upływie 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia mają zastosowanie karencje z tytułu Umowy Podstawowej i odpowiednio Umów Dodatkowych. Upływ okresu karencji liczony jest od daty przystąpienia do Umowy Podstawowej lub Umowy Dodatkowej i wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną - 9 miesięcy.
6. W przypadkach karencji opisanych w ust. 4 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, 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 niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
7. Z zastrzeżeniem ust. 8 w stosunku do osób, które zmieniły przynależność do podgrupy lub zmieniły zakres pakietu w ramach podgrupy, karencje w okresach odpowiednio 6 i 9-miesięcznych, o których mowa w ust. 5, stosuje się do rozszerzonego zakresu ochrony oraz sum ubezpieczenia w zakresie ich podwyższenia w stosunku do tych, które zmieniły się na skutek zmiany przynależności do podgrupy lub zmiany zakresu pakietu.
8. W przypadku zmian dokonanych zgodnie z Art. VI ust. 5, w stosunku do osób dotychczas Ubezpieczonych, karencje w okresach odpowiednio 30 i 90-dniowych, o których mowa w ust. 4, stosuje się do rozszerzonego

zakresu ochrony oraz sum ubezpieczenia w zakresie ich podwyższenia w stosunku do tych, które zmieniły się na skutek zmiany przynależności do podgrupy lub zmiany zakresu pakietu.

Artykuł XII

Wyplata świadczenia

1. Uposażony 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) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe - dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
2. Ubezpieczony z tytułu Umów Dodatkowych wymienionych w Art. III ust. 3 pkt 5)-35), pkt 39)-40) oraz pkt 42)-51) składa do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - 1) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
 - 2) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. W przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku Uposażony 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, Ubezpieczony składa ponadto do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - 1) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej odpowiednio: niezdolność do pracy zarobkowej, trwałe inwalidztwo, trwałe uszczerbek na zdrowiu, poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu, przeprowadzenie operacji chirurgicznej lub leczenia specjalistycznego, przebieg leczenia u Ubezpieczonego lub Współmałżonka lub Dziecka oraz wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 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. Jeżeli Umowa Dodatkowa tak stanowi, w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, której przedmiotem jest życie lub zdrowie Współmałżonka, Dziecka, Rodzica lub Teścia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa odpowiednio dodatkowe dokumenty:
 - 1) kserokopię odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

- 4) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 5) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka;
 - 6) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 7) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 8) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka martwego;
 - 9) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 10) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 11) kserokopię dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka.
6. Kserokopie składanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wydający dany dokument, osobę uprawnioną przez Pracodawcę lub upoważnionego pracownika Towarzystwa.
 7. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia lub informuje osobę uprawnioną do uzyskania świadczenia o odmowie wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem ust. 8.
 8. W przypadku, gdy wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia w terminie, o którym mowa w ust. 7 okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym, że bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 7.
 9. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach lub pismach przed zawarciem Umowy lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy, a które zostały podane przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego niezgodnie z ich wiedzą. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od objęcia ochroną Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy obejmowaniu ochroną podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.

Artykuł XIII

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej w zakresie śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 1-4 przysługuje Uposażonemu.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5)-35), pkt 38)-40) oraz 42)-51) przysługuje Ubezpieczonemu.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 36)-37) w zależności od wybranego zakresu ochrony przysługuje Ubezpieczonemu lub innej osobie określonej zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić, składając do Towarzystwa oświadczenie w formie pisemnej lub elektronicznej.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4.
6. Ubezpieczony ma prawo wskazać kilku Uposażonych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu.
7. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w sumie ubezpieczenia.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony 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.7 oraz ust.10.
9. Za Uposażonego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
10. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem ochrony.

Artykuł XIV

Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy w stosunku do Ubezpieczonego z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym, jednak nie dłużej niż do dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony złoży w Towarzystwie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z wyżej wymienionych zdarzeń;
 - 2) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy przez co najmniej 1 miesiąc, a w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, upływ okresu ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy jest nie dłuższy niż 31 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 XV

Umowy Dodatkowe

Jeżeli postanowienia niniejszego Artykułu nie stanowią inaczej, postanowienia OWU dotyczące 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 Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9) oraz pkt 11)-12).
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz w ust. 3.
4. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia 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 Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9) oraz pkt 11)-12).
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia 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 Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8) oraz pkt 11)-12).
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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 3)-4).
5. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

4. 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. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu powodujące śmierć Ubezpieczonego nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 4) oraz pkt 9)-10).
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1).
5. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 2 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) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego.

6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek zdefiniowanego w OWU zawału serca lub udaru mózgu lub jeżeli zawał serca lub udar mózgu został potwierdzony badaniem sekcyjnym.

5. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

1. Zawarcie niniejszej 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 tej 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 tej Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-5), pkt 7)-10) oraz pkt 14)-15) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9) oraz pkt 11)-12).
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1) oraz 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 jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie niniejszej 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 tej 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 przed upływem 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-12) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1) oraz 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 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 jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

7. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem pkt 3:

Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%

Kończyny górne	
Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Utrata jednej dłoni	50%
Utrata kciuka w całości	20%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata wszystkich palców ręki	40%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Utrata palucha	5%
Utrata wszystkich palców stopy	15%
Niedowład czterokończynowy	100%

3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, którego wysokość liczona łącznie z innymi wypłaconymi świadczeniami z tytułu tej Umowy Dodatkowej odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia tego nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe inwalidztwo nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1) oraz 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 łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) trwałe inwalidztwo powstało przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
8. Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
10. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana, zarówno w przypadku poprawy, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
11. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione

w pkt 2 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.

8. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem pkt 3:

Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Utrata mowy (obejmuje utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową)	40%
Głowa	
Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
- na powierzchni powyżej 6 cm kw.	30%
- na powierzchni od 3 do 6 cm kw.	20%
- na powierzchni mniejszej niż 3 cm kw.	10%
Kończyny górne	
Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Usztywnienie barku	35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Usztywnienie łokcia	30%
Utrata jednej dłoni	50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia)	20%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
Utrata kciuka w całości	20%
Usztywnienie kciuka	15%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata innego palca ręki w całości	5%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Usztywnienie stawu biodrowego	40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Usztywnienie stawu kolanowego	25%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Usztywnienie stawu skokowego	15%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)	

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

- o co najmniej 5 cm	30%
- od 3 do 5 cm	20%
- od 1 do 3 cm	10%
Utrata palucha w całości	5%
Utrata innego palca stopy w całości	2%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenia nerwów	
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
Całkowite porażenie nerwu udowego	30%
Całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%
Klatka piersiowa	
Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej	
- bez niewydolności oddechowej	5%
- z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety	5%
Jama brzuszna	
Utrata śledziony	10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% mięszu)	20%
Narządy moczopłciowe	
Utrata nerki w całości	20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
Utrata prącia	40%
Utrata jądra lub jajnika	20%
Utrata macicy	
- u osoby do 45 roku życia	40%
- u osoby powyżej 45 roku życia	20%

- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, którego wysokość liczona łącznie z innymi wypłaconymi świadczeniami z tytułu tej Umowy Dodatkowej odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia tego nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe inwalidztwo nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3.
- Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 6.

- Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
- Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
- Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
- Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana, zarówno w przypadku poprawy, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt 2 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.

9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

- Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant II.
- W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9) oraz pkt 11)-13).
- Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
- Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
- Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

- 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
 7. 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.
 8. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 9. 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 zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 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 stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 13. 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. 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. XI ust. 2 pkt 4) oraz pkt 9)-10).
 3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 4 pkt 1) oraz 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) zawał serca lub udar mózgu powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu powstał przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub jednym udarem mózgu.
 7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 6 miesiącach od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu i nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
 8. 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 zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po zawale serca lub udarze mózgu.
 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 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.
- 11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci z tytułu Umowy Dodatkowej świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka.

3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 1)-2) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
 4. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka 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) trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Współmałżonka.
 6. 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.
 7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka 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 Współmałżonka, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Współmałżonka.
 11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 12. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonek 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 Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i dotyczących Dziecka.
 3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 3)-4) oraz 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) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
 6. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i 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, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica 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 Dziecka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
 11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 12. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony lub Dziecko zobowiązani są starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu

przez lekarzy leczenia. W przypadku dziecka niepełnoletniego obowiązek zapewnienia poddania się temu obowiązkowi ciąży na Ubezpieczonym.

13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant I

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant II.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z niżej wymienionych operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 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;
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - przeszczepienie szpiku kostnego.Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
 - 2) **guz wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy, powodujący z uwagi na niekorzystną lokalizację i/lub wyczerpanie się mechanizmów kompensacyjnych poważny utrwalony deficyt neurologiczny pod postacią ślepoty jedno lub obuocznnej, głuchoty jedno lub obuocznnej, utraty lub znacznego upośledzenia mowy uniemożliwiającej porozumiewanie się, nasilonych zaburzeń równowagi uniemożliwiających bądź w znaczny sposób utrudniających samodzielne poruszanie się, utraty lub upośledzenia siły mięśniowej co najmniej jednej kończyny w zakresie 0-3 stopni w skali Lovetta;
 - 3) **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;
 - 4) **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;
 - 5) **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 (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: - grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 roku);
 - 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) lub T1(b) (ale nie T1(c)) w klasyfikacji TNM, brodawkowaty mikro-rak tarczycy lub pęcherza moczowego, o stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 w klasyfikacji TNM, przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania A w klasyfikacji Bineta, ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania 1;
 - d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 6) **oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
 - 7) **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;
 - 8) **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;
 - 9) **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;
 - 10) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;

- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
- istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia 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) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 11) **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;

12) **zakażenie wirusem HIV:**

- a) związane z przetoczeniem krwi: zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - 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.
- b) związane z pracą zawodową: zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - 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 musi zostać 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;

- 13) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.

Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt 2, ppkt 1)-2), 4)-6) oraz 10)-13), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegów wymienionych w pkt 2, ppkt 3), 7)-8) oraz 9).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 15) 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 pkt 2 ppkt 12) lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący oparzenia nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1), pkt 4)-6), pkt 9) i pkt 11) oraz ust. 3.
5. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych zaistniałych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w pkt 2 zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania;

- 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania zakończyła się;
- 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt 6, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednego z poważnych zachorowań powstałego w następstwie stanów chorobowych, uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
8. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w pkt 2 odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
9. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 4 pkt 1) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 11.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant II

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant I.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z niżej wymienionych operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 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;
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - przeszczepienie szpiku kostnego.Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
 - 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;

- 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;

- 4) **guz wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy, powodujący z uwagi na niekorzystną lokalizację i/lub wyczerpanie się mechanizmów kompensacyjnych poważny utrwalony deficyt neurologiczny pod postacią ślepoty jedno lub obuocznnej, głuchoty jedno lub obuocznnej, utraty lub znacznego upośledzenia mowy uniemożliwiającej porozumiewanie się, nasilonych zaburzeń równowagi uniemożliwiających bądź w znaczny sposób utrudniających samodzielne poruszanie się, utraty lub upośledzenia siły mięśniowej co najmniej jednej kończyny w zakresie 0-3 stopni w skali Lovetta;
- 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;
- 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;
- 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 (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: - grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 roku);
 - 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) lub T1(b) (ale nie T1(c)) w klasyfikacji TNM, brodawkowaty mikro-rak tarczycy lub pęcherza moczowego, o stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 w klasyfikacji TNM, przewlekła białaczka limfaticzna w stopniu zaawansowania A w klasyfikacji Bineta, ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania 1;
 - d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 8) **oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 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;
- 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;
- 11) **przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem wszystkich poniższych objawów:
- trwała żółtaczka;
 - wodobrzusze;
 - encefalopatia wątrobowa.
- 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;
- 12) **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;
- 13) **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;
- 14) **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;
- 15) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda (Revised McDonald Criteria 2005) i potwierdzone badaniem CT lub NMR. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 16) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby 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;
- 17) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia 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) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedstonkowego;
- 18) **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;
- 19) **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;
- 20) **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 lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 21) **zakażenie wirusem HIV:**
- a) związane z przetoczeniem krwi:
 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - 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.
 - b) związane z pracą zawodową:
 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w wyniku zaktucia 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;
- 22) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%. Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt 2, ppkt 1), 3)-4), 6)-8), 11)-12) oraz 14)-22), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegów wymienionych w pkt 2, ppkt 2), 5), 9)-10) oraz 13).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
- 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 15) 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 pkt 2 ppkt 21) lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-12) oraz ust. 3.
5. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych zaistniałych 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 pkt 2, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- 1) stany chorobowe zaistniały 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 niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt 6, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednego z poważnych zachorowań powstałego w następstwie stanów chorobowych, uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
 8. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w pkt 2 odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
 9. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika.
 10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 4 pkt 1 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 11.
 11. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z niżej wymienionych operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 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;
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
 - 2) **guz wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy, powodujący z uwagi na niekorzystną lokalizację i/lub wyczerpanie

- się mechanizmów kompensacyjnych poważny utrwalony deficyt neurologiczny pod postacią ślepoty jedno lub obuocznej, głuchoty jedno lub obuusznej, utraty lub znacznego upośledzenia mowy uniemożliwiające porozumiewanie się, nasilonych zaburzeń równowagi uniemożliwiających bądź w znaczny sposób utrudniających samodzielne poruszanie się, utraty lub upośledzenia siły mięśniowej co najmniej jednej kończyny w zakresie 0-3 stopni w skali Lovetta;
- 3) **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;
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Współmałżonka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 5) **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 Współmałżonka.
Termin nie obejmuje:
 - a) nowotworów skóry (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: - grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 roku);
 - 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) lub T1(b) (ale nie T1(c)) w klasyfikacji TNM, brodawkowaty mikro-rak tarczycy lub pęcherza moczowego, o stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 w klasyfikacji TNM, przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania A w klasyfikacji Bineta, ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania 1;
 - d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
 - 6) **oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
 - 7) **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;
- 8) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń, ani operacji wad wrodzonych;
- 9) **przeszczep dużych narządów** – przeszczepienie Współmałżonkowi, 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;
- 10) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę neurologa najwcześniej po 90 dniach od daty wystąpienia 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) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedstonkowego;
- 11) **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;
- 12) **zakażenie wirusem HIV:**
- a) związane z przetoczeniem krwi:
 - zdiagnozowanie u Współmałżonka zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych preparatów krwiopochodnych;
 - Współmałżonek nie był leczony z powodu hemofilii;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi;
 - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
 - b) związane z pracą zawodową:
 - zdiagnozowanie u Współmałżonka zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - 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 Współmałżonka i musi mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;
- 13) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi co najmniej dwoma z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy zawału serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - spadek frakcji wyrzutowej mięśnia serca (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach, poniżej 50%.
- Termin nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
2. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt 1, ppkt 1)-2), 4)-6) oraz 10)-13) bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt 1, ppkt 3), 7)-8) oraz 9).
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

- 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 9)-10) oraz pkt 15) i odnoszących się do Współmałżonka 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 pkt 1 ppkt 12) lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1), pkt 4)-6) i pkt 11) oraz ust. 3 i odnoszących się do Współmałżonka.
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Współmałżonka, które jest następstwem stanów chorobowych zaistniałych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe u Współmałżonka, których następstwem jest wystąpienie, któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w pkt 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Współmałżonka zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt 5, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednego z poważnych zachorowań Współmałżonka powstałego w następstwie stanów chorobowych, uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
 7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Współmałżonka wymienionego i zdefiniowanego w pkt 1 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 lekarza orzecznika.
 9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów, wymienionych Art. XII ust. 2, ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 1)-2) 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.
- ### 16. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 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 trwałe ubytki neurologiczne. 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 zatrucia, 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 żółtaczką i wodobrzuszą, 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 nie 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 przedrunkowe;
 - 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 (= < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia);
 - d) nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnokomórkowy i kolczystokomórkowy skóry;
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- 7) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 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.
Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 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.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej, obowiązującej w dniu zdiagnozowania poważnego zachorowania Dziecka.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
- 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7), pkt 9)-10) oraz pkt 15) i odnoszących się do Dziecka 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 pkt 1 ppkt 9) lub

- 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1), pkt 4)-6), pkt 8)-9), pkt 11), pkt 15) oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Dziecka, jeśli poważne zachorowanie jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w pkt 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- 1) stany chorobowe u Dziecka zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt 5, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednego z poważnych zachorowań Dziecka powstałego w następstwie stanów chorobowych uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Dziecka wymienionego i zdefiniowanego w pkt 1 odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
- 1) Dziecko nie poddało się lub nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnego zachorowania lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnego zachorowania;
 - 2) Dziecko lub Ubezpieczony nie umożliwili Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, szczególnie od lekarza, pod którego opieką Dziecko pozostawało lub nadal pozostaje.

10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 3)-4) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 11.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

17. 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 2 do OWU.
2. W przypadku poddania się Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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 nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 15)-16) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-12) oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce 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 niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt 5, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej, uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie, procentowi odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.
7. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie - za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
8. 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, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2, pkt 6 i pkt 7 jest najwyższa.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1).

18. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałzonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Współmałzonka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Współmałzonka, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do OWU.
2. W przypadku poddania się Współmałzonka operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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 nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa i dotyczących Współmałzonka określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7), pkt 9)-10) oraz pkt 15)-16) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa i dotyczących Współmałzonka określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-12) oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną Współmałzonka, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą

- rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Współmałżonka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt 5, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej, uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie, procentowi odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.
 7. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni Współmałżonek zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie - za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
 8. 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 2, pkt 6 i pkt 7 jest najwyższa.
 9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 4 pkt 1) oraz ust. 5 pkt 1)-2).
- i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. 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 określonej w pkt 5.
 4. W przypadku, o którym mowa w pkt 2 ppkt 2), Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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 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 tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt 4.
 9. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 14)-16) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9) oraz pkt 11)-13) 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 niewynikających 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

19. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w 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 Ubezpieczonego w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkowej

nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie.

11. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
12. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
13. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
14. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
15. 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 pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1).
17. 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.

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

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce 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. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

6. Przy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3.
8. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
9. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
10. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych Art. XII ust. 2, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1).
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.

21. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umów Dodatkowych dotyczących pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o ile pobyt ten powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Ubezpieczonego:
 - 1) był skutkiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 3) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi łącznie 60 dni w ciągu jednego roku polisowego.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3.

6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku 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 tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1).

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego 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 tej

Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8), pkt 11)-13) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1 oraz pkt 3-4.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru 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 tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu będące przyczyną pobytu w szpitalu nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 4) oraz pkt 9)-10).
6. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany był zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

9. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1).

25. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Współmałżonka w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. 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.
4. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, 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. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka.
8. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
9. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
10. 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.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust 4 pkt 1), pkt 3) i pkt 4) oraz ust. 5 pkt 1)-2), z zastrzeżeniem pkt 12.
12. 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.

26. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu, 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 niniejszej Umowy Dodatkowej i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku, o którym mowa w pkt 2 ppkt 2), Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony.
5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 14)-16) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9) oraz pkt 11)-13) 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.
8. 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.

9. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
10. 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.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1) oraz ust. 5 pkt 3)-4).
12. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu przekracza 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobylem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.

27. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

1. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Konkubenta.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-2), pkt 4), pkt 6)-8) i odnoszących się do Współmałżonka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 5 pkt 3) i pkt 5).

28. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Konkubenta.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i odnoszących się do Współmałżonka.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3 oraz ust. 5 pkt 3) i pkt 5).

29. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodziców w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodziców nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) oraz pkt 5) i odnoszących się do Rodziców.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna 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.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 5 pkt 3) i pkt 6).

30. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

1. W przypadku śmierci Teściów w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Teściów nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) oraz pkt 5) i odnoszących się do Teściów.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Ubezpieczony pozostaje ze Współmałżonkiem w związku małżeńskim w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja.
4. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, jeżeli Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz pod warunkiem dostarczenia oświadczenia o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca lub matki Współmałżonka.
6. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 5 pkt 1)-3) i pkt 7).

31. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonej 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, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
3. W przypadku dziecka przysposobionego zarówno urodzenie, jak i przysposobienie dziecka powinno nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 5 pkt 3)-4) i pkt 10).

32. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzona o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka.
2. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **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 3 do OWU;
 - 2) **Ciąża mnoga** – inaczej ciąża wielopłodowa, występująca w przypadku jednoczesnego rozwoju wewnątrz macicy więcej niż jednego zarodka.
3. W przypadku dziecka przysposobionego zarówno urodzenie, jak i przysposobienie dziecka powinno nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku urodzenia żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt 4 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 6 oraz pkt 7.
6. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 5 ppkt 2) zostanie wypłacone jeżeli:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia żywego Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1. roku życia Dziecka;
 - 2) wada wrodzona wymieniona jest w Katalogu wad wrodzonych stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 5 ppkt 2) nastąpiło wskutek:
 - 1) choroby lub urazu dotyczących Dziecka, a zaistniałych podczas porodu lub po urodzeniu się Dziecka;
 - 2) choroby AIDS lub zarażenia się Dziecka wirusem HIV w okresie płodowym;
 - 3) przyjmowania przez Matkę w okresie ciąży: alkoholu lub narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim;
 - 4) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania przez Matkę w okresie ciąży zaleceń lekarzy oraz podejmowania przez nią działań mogących spowodować wady płodu.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 5 pkt 3)-4), pkt 10) oraz:
 - 1) kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną oraz karty przebiegu ciąży –

w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;

- 2) zaświadczenia o stanie zdrowia Dziecka wystawionego przez lekarza po 30 dniach od dnia urodzenia – w przypadku wykrycia wady wrodzonej w pierwszym miesiącu życia Dziecka.

33. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego lub poronienia.
2. W przypadku urodzenia Dziecka martwego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 5 pkt 3)-4) i pkt 8), gdzie potwierdzeniem urodzenia się martwego Dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.

34. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. W przypadku śmierci Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) oraz pkt 4)-5) i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 5 pkt 9)-10) oraz:
 - 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego Ubezpieczonego i/lub Dziecka
 - 2) kserokopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci.

35. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka.

4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 3)-4) oraz ust. 5 pkt 9)-11).

36. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Dziecko** – Dziecko Ubezpiezonego własne lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 26 lat lub bez względu na wiek jest niezdolne do pracy;
 - 2) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. Jeśli w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nastąpi śmierć Ubezpiezonego, powodująca osierocenie Dziecka Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpiezonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpiezonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpiezonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 1.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 pkt 1) i pkt 3)-5) oraz ust. 5 pkt 4) i pkt 10)-11).

37. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej

1. Na użytek niniejszej 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 Ubezpiezonego, 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 Ubezpiezonego;
 - 6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z CPG;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpiezonego 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 niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego, 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 szczególności 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 jakkolwiek 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 zakresu usługi opisanego w niniejszej 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 niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt 6;
 - 15) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpiezonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego i Współubezpieczonych.
 3. W ramach niniejszej Umowy dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w pkt. 6.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpiezonego, 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 niezbędnych zabiegów pielęgniarskich 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. Świadczenie udzielane jest 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 odpowiednie 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:
 - 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.Świadczenie jest realizowane do wysokości limitu 500 PLN na zdarzenie.
- 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 ppkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
- b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego. 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 leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju;
 - 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.
- Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i CPG.
- 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 ważnych 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;
 - 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 zaistniałych 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) uprawianiem przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, 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, 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, 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. Bezsprawną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3).
- 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.

38. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej

1. Na użytek niniejszej 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 niniejszej 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 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. W okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony ma prawo do usług określonych w pkt 2 ppkt 2) i 3) jeżeli 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, jeżeli 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 choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-3) i pkt 9) 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 dentystrycznych;
 - 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) okres ubezpieczenia;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
10. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy 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 określony 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.

39. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **placówka rehabilitacyjna** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem 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 pojęcie „placówka rehabilitacyjna” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 2) **rehabilitacja** – będąca konsekwencją pobytu Ubezpieczonego w szpitalu 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.
2. Zakres odpowiedzialności 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 oceną stanu usprawienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.
3. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych:
 - 1) które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) których wykonanie wymaga działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-14).
5. W przypadku, gdy leczenie realizowane było w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w placówce rehabilitacyjnej, tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
6. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
7. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej.
8. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4 oraz pkt. 11.
9. W celu otrzymania świadczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia w Towarzystwie następujących dokumentów:
 - 1) wniosku zawierającego zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopii dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego poprzedzającego rehabilitację, dokumentu potwierdzającego udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg był skutkiem doznanego urazu, itp.);
 - 4) kserokopii wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 5) kserokopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, poprzedzającego rehabilitację i którego następstwem była rehabilitacja oraz fakturę / faktury za rehabilitację.

10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, niż wymienione w pkt 9 ppkt 4) i 5), jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.
11. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność maksymalnie za dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, do łącznej wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z Umowy Dodatkowej. Wysokość świadczenia z tytułu jednego zdarzenia nie może przekraczać 65 % sumy ubezpieczenia.

40. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca Ubezpieczonego;
 - 2) **chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową;
 - 3) **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane Ubezpieczoneму, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia;
 - 4) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą promieniowania jonizującego;
 - 5) **rozrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego;
 - 6) **specjalistyczne leczenie** – proces związany z przeprowadzeniem leczenia wymienionego w pkt 2, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu Ubezpieczonego, wykonany w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) **terapia interferonowa** – podawanie Ubezpieczoneму drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.
2. 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.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczoneму świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii, terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego;
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, rozrusznika serca;
 - 4) wykonania ablacji.
4. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Ubezpieczonego, spośród wymienionych w pkt 2, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego chemioterapię albo radioterapię.
6. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Ubezpieczoneму lub o którym postanowiono 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 7.
7. 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 zakres przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakres przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
8. W przypadku, o którym mowa w pkt. 7, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony i ustalonej zgodnie z pkt. 3.
9. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednemu leczeniu specjalistycznemu, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedyncze leczenie specjalistyczne.
10. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczęć specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, potwierdzonym przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
11. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony:
 - 1) świadomie nie skorzystał z porady lekarskiej, nie przestrzegając wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności przeprowadzenia u niego leczenia specjalistycznego, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 15) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego nastąpił wskutek którejkolwiek

z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-12) oraz ust. 3.

13. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1).

41. Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

- 1) **alokacja** – określony w polisie procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa;
 - 2) **cena nabycia jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na podstawowy lub dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa;
 - 3) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z podstawowego lub dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa;
 - 4) **data opłacenia składki** – data uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą składki inwestycyjnej lub składki doraźnej;
 - 5) **data rejestracji składki** – najbliższy dzień roboczy następujący po dniu opłacenia składki;
 - 6) **dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki doraźne pochodzące ze środków Ubezpieczonego;
 - 7) **fundusz** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;
 - 8) **podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za, pochodzące ze środków Ubezpieczającego i wpłacane na rzecz Ubezpieczonego, składki inwestycyjne i składki i składki doraźne;
 - 9) **składka doraźna** – kwota wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;
 - 10) **składka inwestycyjna** – określona w polisie kwota lub procent wynagrodzenia, wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, należna za Ubezpieczonego w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, jeżeli zawarta została Umowa Dodatkowa w zakresie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
 - 11) **wartość dodatkowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 - 12) **wartość podstawowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.
2. Celem Umowy Dodatkowej jest inwestowanie środków wpłacanych jako składka inwestycyjna i składka doraźna, który realizowany jest od późniejszej z dat:
- 1) określonego w polisie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej;

- 2) opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
3. Inwestowanie składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, jej postanowienia w zakresie zarządzania aktywami funduszu realizowane są w całym okresie, w którym wartość podstawowa lub wartość dodatkowa jest wartością dodatnią.
5. Na potrzeby niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące zasady dotyczące składek:
 - 1) Wraz z zawarciem Umowy Dodatkowej, składka należna za Ubezpieczonego stanowi sumę składki ochronnej i składki inwestycyjnej i płatna jest w terminach przewidzianych w Umowie Podstawowej.
 - 2) Ubezpieczony określa podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej oraz składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
 - 3) W każdym czasie, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
 - 4) Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa Formularza deklaracji składki doraźnej osoby dokonującej wpłaty składki doraźnej.
 - 5) Wpłata składki doraźnej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki całkowitej.
 - 6) Prawo do wpłaty składki inwestycyjnej wygasa w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub rezygnacji Ubezpieczonego z Umowy.
 - 7) Zawieszenie opłacania składek inwestycyjnych następuje na wniosek Ubezpieczającego i obowiązuje dla wszystkich Ubezpieczonych od najbliższego terminu należności składki przypadającego po dacie akceptacji przez Towarzystwo wniosku złożonego w tej sprawie. Maksymalny okres, na jaki opłacanie składek inwestycyjnych może zostać zawieszony wynosi 36 miesięcy.
 - 8) Wznowienie opłacania składek inwestycyjnych następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie przez Ubezpieczającego.
 - 9) W okresie zawieszenia nie są pobierane koszty prowadzenia rachunków określone w Tabeli opłat i limitów stanowiących załącznik do polisy.
6. Fundusze
 - 1) W celu inwestowania składek inwestycyjnych i składek doraźnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
 - 2) Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczonego, w odpowiednich częściach, jedynie do udziału w aktywach funduszu, bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo

- do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa, bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
- 3) Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
 - 4) Wartość aktywów netto na dzień wyceny ustala się pomniejszając wartość aktywów o zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz koszty i wydatki związane z aktywami funduszu).
 - 5) Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu wyceny przez odjęcie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny.
 - 6) Cenę nabycia jednostki uczestnictwa ustala się dzieląc wartość aktywów netto funduszu przez zarejestrowaną w księgach na dzień wyceny ilość jednostek uczestnictwa z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.
 - 7) Różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.
 - 8) Zasady funkcjonowania funduszy uregulowane są w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiącym załącznik do Umowy.
 - 9) Wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych stanowi załącznik do Umowy.
7. Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek
- 1) W dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Towarzystwo otwiera rachunki jednostek uczestnictwa, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
 - 2) Po wpłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nabywane są jednostki uczestnictwa odpowiednio na podstawowy albo dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny następującym po dniu rejestracji składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie nabycia obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki.
 - 3) Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa odpowiednio na podstawowy lub dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w dniu następującym po dniu rejestracji składki.
 - 4) Liczba jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
- 5) W każdą miesięczną polisy Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną za każdego Ubezpieczonego.
 - 6) Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z podstawowego albo dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa, zgodnie ze wskazaniem zawartym w Polisie. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia opłaty. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości podstawowej lub dodatkowej.
8. Zmiany funduszy
- 1) Ubezpieczony ma prawo zmienić podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej, pomiędzy poszczególne fundusze, określone w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zmiana podziału składki inwestycyjnej ma zastosowanie od pierwszego terminu należności składki następującego po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
 - 2) Za dokonaną zmianę podziału wpłacanej składki inwestycyjnej Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 - 3) Opłata za kolejne zmiany podziału składki inwestycyjnej jest pobierana poprzez umorzenie jednostek na rachunku, którego zmiana dotyczy. Liczba umorzonych jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 - 4) Ubezpieczony ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu procentu liczby jednostek uczestnictwa, znajdujących się na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.
 - 5) W sytuacji, o której mowa w ppkt 4, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży jednostki obowiązującej w dniu wyceny następującym po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 - 6) Za dokonane przeniesienie jednostek pomiędzy wskazanymi funduszami Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 - 7) Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa.
 - 8) Towarzystwo dokona zmian w funduszach po otrzymaniu pisemnego oświadczenia od Ubezpieczonego.
 - 9) Oświadczenie, o którym mowa w ppkt 8 może być również złożone za pośrednictwem Portalu.
9. Wyплаты
- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości podstawowej i wartości dodatkowej.
 - 2) W sytuacji, o której mowa w ppkt 1, do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu

- wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo zawiadomienia o zdarzeniu.
- 3) Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w ppkt 1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów niezbędnych do uznania roszczenia i wysokości wypłaty.
 - 4) W stosunku do każdego Ubezpieczonego w okresie 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym został objęty ochroną ubezpieczeniową, wyklucza się wypłatę wartości podstawowej.
 - 5) Prawo do wartości podstawowej i dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
 - 6) W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień ppkt 4 oraz ppkt 12.
 - 7) W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową, z zastrzeżeniem ppkt 12.
 - 8) W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową, z zastrzeżeniem postanowień ppkt 4 oraz ppkt 12.
 - 9) W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową, z zastrzeżeniem ppkt 12;
 - 10) W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową, z zastrzeżeniem postanowień ppkt 4 oraz ppkt 12.
 - 11) W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową, z zastrzeżeniem ppkt 12.
 - 12) Za dokonane wypłat, o których mowa w ppkt 6-11 Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów
 - 13) Istnieje możliwość dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata wartości podstawowej lub wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ppkt 4 i ppkt 6 - 11. Wysokość tej wypłaty oraz pozostająca po jej wypłacie wartość podstawowa lub dodatkowa, nie mogą być niższe od wartości minimalnych, określonych przez Towarzystwo. Po dokonaniu wypłaty częściowej Towarzystwo pobierze z rachunku jednostek uczestnictwa opłatę manipulacyjną.
 - 14) Do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości podstawowej lub wartości dodatkowej.
10. Wysokości opłat, o których mowa w niniejszej Umowie Dodatkowej, określone są w Tabeli opłat i limitów stanowiących załącznik do polisy.

42. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego.
2. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
poronienie - wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu/płodów, 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.
3. 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 tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego lub odpowiednio 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 Współmażonką bądź Konkubentką.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poronienie nastąpiło wskutek podejmowania przez Matkę działań mogących spowodować uszkodzenie płodu lub poronienie.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - 3) 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;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poronienia;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

43. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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. XI ust. 2 pkt. 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i odnoszących się do Rodzica.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- 1) śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- 2) z medycznego punktu widzenia 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. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 4) kserokopię statystycznej karty zgonu Rodzica albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe - dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Rodzica;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) – jeżeli Rodzic prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.
6. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy 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.
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 4) kserokopię statystycznej karty zgonu Teścia albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe - dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Teścia;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) – jeżeli Teść prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

44. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Teścia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Teścia nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 i odnoszących się do Teścia.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Ubezpieczony pozostaje ze Współmałżonkiem w związku małżeńskim w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja.
4. W przypadku gdy nie żyje Współmałżonek Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz pod warunkiem dostarczenia oświadczenia o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.

45. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który to pobyt rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-4), pkt 6)-9) oraz pkt 11)-16)

i odnoszących się do Dziecka lub jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu był następstwem zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.

7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobylem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
9. 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.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 8;
 - 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 7) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Dziecku pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia (karta informacyjna z Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego);
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10.

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

1. Zawarcie niniejszej 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 tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym okresie Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia

prawa do świadczenia przyjmuje się tylko jeden pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

5. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
6. W niniejszej 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.
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 niniejszej Umowy Dodatkowej.

47. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. 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 niniejszej Umowy Dodatkowej i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. 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.
4. W przypadku, o którym mowa w pkt 2 ppkt 2) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony, z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
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 2 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 tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
 9. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Współmałżonka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5), pkt 7)-10) oraz pkt 14)-16) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8)-9), pkt 11)-13) oraz ust. 3 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 uwzględnia 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.
 14. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Współmałżonka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, połogiem 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 pobytym w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
 16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1), pkt 3) i pkt 4) oraz ust. 5 pkt 1)-3), z zastrzeżeniem pkt 17.
 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.
- 48. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik nr 4 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 wyłączeniowych odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8), pkt 9)-13) oraz ust. 3.
 3. Zwrot kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że zakup 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. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia (karta informacyjna z Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego);
 - 5) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) - jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 6) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu - jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 7) kserokopię dokumentacji medycznej z leczenia skutków wypadku, w postaci: kart leczenia

szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań itp. uzasadniających konieczność zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;

- 8) oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym te wydatki;
 - 9) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

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

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa 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, 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. XI ust. 2 pkt 1)-6), pkt 8), pkt 9)-13) oraz ust. 3.
4. Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego następuje na podstawie dostarczonych oryginałów 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. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia (karta informacyjna z Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego);
 - 5) kserokopię dokumentacji medycznej obrazującej leczenie skutków wypadku, w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań itp.;
 - 6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu

- (prawo jazdy) - jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku;
- 7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu - jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku;
 - 8) oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia;
 - 9) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

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

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
Lekarz specjalista – osoba wykonująca zawód lekarza, posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w jednej z następujących specjalizacji: chirurg ogólny, kardiolog, laryngolog, okulista.
2. 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.
3. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu niniejszej 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 Umowie ubezpieczenia.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) oryginał faktury lub rachunku wystawionego imiennie na Ubezpieczonego za usługę, o której mowa w pkt. 2;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

51. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji

1. Zawarcie niniejszej 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. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
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.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje powstanie całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, będące następstwem choroby zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 4. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
 6. W przypadku powstania całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji, pod warunkiem że okres niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, ale nie później niż po upływie 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
 7. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji jest skutkiem:
 - 1) stanów chorobowych zaistniałych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej lub
 - 2) okoliczności, o które Towarzystwo pytało w Oświadczeniu o stanie zdrowia lub innych dokumentach, na podstawie których została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, podanych przez Ubezpieczonego niezgodnie z prawdą lub zatajonych.
 8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączonej odpowiedzialności Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)–5), 7)–10) oraz 14)–15) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączonej odpowiedzialności Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)–6), 8)–9) oraz 11)–13).
 9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 4) w przypadku orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku choroby - kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy zarobkowej w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań;
 - 5) w przypadku orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji powstałej wskutek nieszczęśliwego wypadku - protokół BHP, notatkę służbową z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane - opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego, dokumentację medyczną potwierdzającą udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia;
 - 6) kserokopię dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia zawierającą nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl się przez dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia na jego rzecz;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
 10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9.

Artykuł XVIII

Skargi i zażalenia

1. Skargi, zażalenia i odwołania mogą być wnoszone w formie pisemnej do siedziby lub któregośkolwiek oddziału Towarzystwa.
2. Towarzystwo rozpatruje skargę, zażalenie, odwołanie bez zbędnej zwłoki, z tym że nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niemożności rozpatrzenia skargi, zażalenia lub odwołania w terminie wskazanym w ust. 2, Towarzystwo zawiadamia pisemnie wnoszącego wskazując przyczyny opóźnienia, okoliczności wymagające ustalenia oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, który nie może być dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
4. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Z tytułu Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, a osobie będącej konsumentem dodatkowo możliwość zwrócenia się do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

Artykuł XIX

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU. Pod rygorem nieważności wymagają one formy pisemnej.
2. Postanowienia, o których mowa w ust. 1 obowiązują od chwili uzgodnionej przez Towarzystwo z Ubezpieczającym.
3. 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.
4. Strony Umowy oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do poinformowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub miejsca zamieszkania.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego,

- Uposażonego lub uprawnionego z Umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej.
6. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
 7. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa w zakresie podatku dochodowego.
 8. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM Nr 6/2012 stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
 9. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



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

Krzysztof Wiecha



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

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM
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 wskutek nieszczęśliwego wypadku, Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. Uszkodzenia głowy		
	Prawa	Lewa
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostrych): a) znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami - w zależności od rozmiaru b) oskalpowanie: - u mężczyzn - u kobiet	1-10	5-20 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 b) o średnicy powyżej 2,5 cm - w zależności od rozmiarów	1-7 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 b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp. e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego: - kończyna górna – wg skali Lovett'a 0° 1 – 2° 3 – 4° - kończyna dolna – wg skali Lovett'a 0° 1 – 2° 3 – 4°	100 60-80 40-60	5-35 40 30 5-15
	40 30-35 5-25	30 20-25 5-15
6. Zespoły pozapiramidowe: a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	100 40-80 10-30	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego: a) zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym c) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	100 70-80 30-60 5-25	

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

8. Padaczka: a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia c) padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	100 30-70 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 b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	100 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 b) utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała - w zależności od stopnia zaburzeń c) zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	2-10 2-10 5-30
11. Zaburzenia mowy: a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agrafią i aleksją b) afazja całkowita motoryczna c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się d) afazja nieznacznego stopnia	80 60 30-40 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego): a) znacznie upośledzające czynność ustroju b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	40-60 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej: a) nerwu okoruchowego: - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia b) nerwu błokkowego c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15 10-30 3 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 b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, slinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	1-10 10-30 30-60
20. Uszkodzenia nosa: a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia - zależnie od rozległości uszkodzenia b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania - zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	1-10 5-20 10-25 5 30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.	
21. Utrata zębów: a) siekacze i kły - za każdy ząb b) pozostałe zęby począwszy od dwóch - za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1 1

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 b) żuchwy	40 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 b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	1-5 5-10											
25. Ubytek podniebienia: a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-30 25 - 40											
26. Ubytki języka: a) bez zaburzeń mowy i połykania b) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń d) całkowita utrata języka	1 - 3 5 - 15 15 - 40 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 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0	
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 określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współlistnieniu 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 b) obu oczu												15 30
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

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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.27 a 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 - oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)				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.				
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

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań: a) jednostronne b) obustronne	5-15 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 b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia a) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	wg tabeli z p. 42 20-50 30-60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia b) dwustronne	10-40 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 b) z bezgłosem	35-50 60
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia: a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową c) z niewydolnością oddechowo-krażeniową	1-20 20-45 45-60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące: a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania b) odżywanie tylko płynami c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	10-30 50 80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi - w zależności od stopnia i ustawienia głowy: a) niewielkiego stopnia b) znacznego stopnia	1-5 15-30
Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniany jest według poz. 89.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Błizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej: a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-15 15-30
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości): a) brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita b) utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn: - częściowa - całkowita - z częścią mięśnia piersiowego	1-5 1-15 15-25 25-35
58. Złamanie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.): - z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc - z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc - w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	1-5 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 b) z niewydolnością oddechową - w zależności od stopnia	5-10 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.	

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia: a) z wydolnym układem krążenia b) z objawami względnej wydolności układu krążenia c) z objawami niewydolności krążenia - w zależności od stopnia niewydolności	2-10 20-30 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 b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	2-10 11-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę: a) jelita cienkiego b) jelita grubego	30-80 20-50
68. Przetoki okołoodbytnicze	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 b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	15 30
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji: a) nieznacznego stopnia b) znacznego stopnia	5-10 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 b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	15 30-50 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 b) w wieku powyżej 45 lat	40 20

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

86. Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych: a) pochwy b) pochwy i macicy	10 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 b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10 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 mięsziowych 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 kręgów b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni - ze zniekształceniem miernego stopnia c) z całkowitym zeszywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	1-10 10-35 35-50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym: a) bez zniekształceń - w zależności od stopnia uszkodzenia b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości c) znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	1-10 10-25 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 kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	5-10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego: a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch lasek c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym) e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym) f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym) g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń	100 60-70 30-40 100 60-70 20-30 20-40 5-30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia: a) szyjne b) piersiowe c) lędźwiowo-krzyżowe d) guziczne	1-20 1-10 1-25 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 b) dużego stopnia	1-10 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) b) w odcinku przednim i tylnym	1-15 15-45

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

97. Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi: a) zwichnięcie I° - nieznaczne zmiany b) zwichnięcie II° - wyraźne zmiany c) zwichnięcie III°- duże zmiany d) zwichnięcie IV° - bardzo duże zmiany	1-10 10-20 20-35 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	
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według zasad przewidzianych w Tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.	
99. Złamanie łopatki: a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	1-5 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 b) wyraźne zmiany	1-10 1-5 10-25 5-20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny: a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 1-5 10-25 5-20
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia: a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 1-5 10-25 5-20
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.	
	Prawa Lewa
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 b) średniego stopnia c) dużego stopnia	1-10 1-5 10-20 5-15 20-30 15-25
105. Zastarzałe nie odprowadzone 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 b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20-35 10-30 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

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

113. Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny: a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5-15 15-30 30-55	5-10 10-25 25-50
114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: a) mięśnia dwugłowego b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	1-15 10-20	1-10 10-15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia: a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej b) przy dłuższych kikutach	70 65	65 60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	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 b) średnie zmiany c) duże zmiany	1-5 5-15 15-30	1-4 5-10 10-25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego: a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°) b) z brakiem ruchów obrotowych c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	30 35 50	25 30 45
119. Przykurcz w stawie łokciowym - w zależności od zakresu zgięcia, wyprostowania i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia: a) przy niemożności zgięcia do 90° b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	10-30 3-15	5-25 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
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 b) średnie zniekształcenia c) znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	1-5 5-20 15-25	1-4 5-10 10-20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: a) niewielkie zniekształcenia b) średnie zniekształcenia c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	1-5 5-20 20-35	1-4 5-15 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 b) znaczne zmiany	1-5 5-20	1-4 5-15
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-20 20-35	10-15 15-30
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-25 25-40	10-20 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 oprotegowania	55-65	50-60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	1-10 10-20 20-30	1-8 8-15 15-25
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia funkcji dłoni i palców	15-30 25-45	10-25 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 śródrezcza - części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródrezcza, zaburzenia ruchomości: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) rozległe zmiany	1-5 5-10 10-20	1-4 4-8 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 b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka) d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrezcza e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza	1-5 5-10 10-15 15-20 20-30	1-3 3-8 8-10 10-15 15-25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) znaczne zmiany d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródrezcza	1-5 5-15 15-20 20-25 25-30	1-4 4-13 13-18 18-23 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 b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3 e) utrata trzech paliczków f) utrata palca wskazującego z kością śródrezcza	1-5 5-7 8 8-12 17 17-23	1-3 3-5 5 5-10 15 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 b) zmiany średniego stopnia c) zmiany dużego stopnia d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	1-5 5-10 10-15 17	1-4 5-8 8-13 15
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka: a) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek b) palca piątego - za każdy paliczek	3 1	2 1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródrezcza	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 b) znaczne ograniczenie funkcji palca c) bezużyteczność palca granicząca z utratą	1-2 2-4 7	1 1-3 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%.		

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 b) znacznego stopnia	1-10 10-25
144. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15-35 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: a) ze zmianami miernego stopnia b) ze zmianami dużego stopnia c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	2-20 20-40 40-65
146. Przykurcze i zesztywnienia 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 o: 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.	+5-15
147. Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach: a) z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	1-15 15-30 30-40
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające 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 b) znacznego stopnia	1-10 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 Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	5-65
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 b) średnie zmiany c) duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	1-10 10-25 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 b) utrata ruchomości w zakresie 140°-90° za każde 5° ubytku ruchu c) utrata ruchomości w zakresie 90°-30° za każde 10° ubytku ruchu	+1 +1 +1
Uwaga: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°-180°.	

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 b) duże zmiany	1-10 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) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm 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	2-15 15-25 25-50
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 b) znaczne zmiany	1-10 10-20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej b) przy dłuższych kikutach	60 40-55
162. Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwinięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia: a) niewielkiego stopnia b) średniego stopnia c) dużego stopnia d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	1-5 5-10 10-25 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 b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	5-20 20-30 30-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany z częściową utratą kości	1-10 10-20 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 b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami - zależnie od wielkości zaburzeń	1-10 10-20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy: a) złamanie I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych b) złamanie II, III lub IV kości śródstopia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia - w zależności od zaburzeń czynnościowych	1-15 1-10 10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 168, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169. Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcające i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	1-5 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 cech kikuta	20-30
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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)	15-25	10-20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
o) nerwu zastonowego	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		
u) tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	
v) nerwu strzałkowego	10-20	
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	
x) 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. Kauzalgie 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 CERTUM 6/2012, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



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

Krzysztof Wiecha



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

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego oraz z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Współmałżonka. Poza przypadkami opisanymi ww. Umowach Dodatkowych dodatkowo prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli którakolwiek z poniżej umieszczonych w tabeli operacji chirurgicznych nastąpiła w związku z:

- 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 2) zmianą płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
- 3) która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
- 4) która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.

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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

41	Inne operacje nadnercza	D
42	Całkowita amputacja sutka	D
43	Operacje rekonstrukcyjne sutka	D
44	Operacje na przewodach mlekołożnych 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	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	D
63	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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	Zespoleńie 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 żyłaków 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	Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	C
129	Zespoleńie 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	Zespoleńie omijające dwunastnicę	C
137	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
138	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
139	Wycięcie jelita czczego	C
140	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
141	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
142	Zespoleńie 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	Zespoleńie 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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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	Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
156	Zespolenie 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	Przezświetraczowe operacje odbytnicy	C
162	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
163	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
164	Wycięcie poprzeczny	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 (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
172	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
173	Zespolenie 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	Zespolenie przewodu żółciowego	C
178	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
179	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
180	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
181	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	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	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
192	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
193	Przezskórne 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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	C
223	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego 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 przetrwalego 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 głównej	D

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 rozdzielenie kości	D
408	Rozdzielenie trzonu kości	D
409	Rozdzielenie kości stopy	D
410	Drenaż kości	D
411	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródstypkową (wewnętrzna)	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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 6/2012 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



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

Krzysztof Wiecha



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

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM
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 pęca
34	Płec niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
35	Niewytworzenie nerki
36	Wielotorbielowatość nerek
37	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
38	Wynicowanie 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

Załącznik nr 3 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum 6/2012, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



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

Krzysztof Wiecha



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

ZAŁĄCZNIK NR 4
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM
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 lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 6/2012.

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 ciepłopodobnym 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 uchwytnymi dla kończyn górnych
17	Protezowe wyrównanie skrętu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
	Wypożyczenie 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 ciepłopodobnym, 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 ciepłopodobnym, z dłonią protezową
27	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciepłopodobnym, 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

Załącznik nr 4 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

30	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modularnych, 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 piszczelowa
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

Załącznik nr 4 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 chomacie albo sprężynowy
90	Szyna odwodząca
91	Szyna elewacyjna
	Ortezy kończyny dolnej
92	Orteza korekcyjna palucha koślawego
93	Orteza odciążająca-korekcyjna dla palców stóp
94	Orteza stabilizująca staw skokowy
95	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo puszczelowa
96	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciąganiem 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 podciąganiem sprężynowym
101	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętki obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciąganiem stopy
102	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemieniem do buta albo z sandałem
103	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
104	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105	Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzępkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
106	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem 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 strzemieniem do buta albo z sandałem
118	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem 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

Załącznik nr 4 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 chomaście 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 strzemieniem do buta albo do sandała
	Kule i laski inwalidzkie do stałego użytkowania

Załącznik nr 4 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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 do stałego użytkowania
209	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
	Wózki inwalidzkie do stałego użytkowania
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
	twarde
	miękkie
3	Obturatory dla dzieci
4	Pomoce optyczne dla niedowidzących:
	a) lupa
	b) lunety, w tym monookulary
	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
	epiproteza
6	a) Aparat (aparaty) słuchowy(e) na przewodnictwo powietrza lub kostne
	b) Wkładka uszna wykonana indywidualnie
7	Systemy wspomagające słyszenie (pętle induktofoniczne, 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)
14	- układzie moczowym (urostomii)
	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.)

Załącznik nr 4 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM

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.
16	lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
	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, wycisowaniem 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 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na Życie CERTUM 6/2012, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/12/2012 z dnia 20 grudnia 2012 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM 6/2012 od dnia 15 stycznia 2013 roku.

Artur Olech



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

Krzysztof Wiecha



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