

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX

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	6
Artykuł VI Zmiany Umowy	7
Artykuł VII Rozwiązanie Umowy	8
Artykuł VIII Prawa i obowiązki stron Umowy	8
Artykuł IX Składki	9
Artykuł X Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	9
Artykuł XI Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa	9
Artykuł XII Wypłata świadczenia	10
Artykuł XIII Uprawnieni do świadczenia	11
Artykuł XIV Indywidualna kontynuacja	11
Artykuł XV Umowy Dodatkowe	11
1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	11
2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	12
3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	12
4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	12
5. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	12
6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	13
7. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	13
8. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	14
9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	15
10. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	16
11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	16
12. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	17
13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I	17
14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II	19
15. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka	22
16. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka	25
17. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego	26
18. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka	27
19. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	27
20. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	28
21. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego	29
22. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	29
23. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	29
24. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	30
25. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	30
26. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	30
27. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka	31
28. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	31
29. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	31
30. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	31
31. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	32
32. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzona o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	32
33. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego	32
34. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka	32
35. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	33
36. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	33
37. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej w kraju	33
38. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	35
39. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej	36
40. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego	37
41. Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego	38
Artykuł XVI Skargi i zażalenia	41
Artykuł XVII Postanowienia końcowe	41
Załącznik nr 1 – Tabela uszczerbków na zdrowiu	42
Załącznik nr 2 – Katalog operacji chirurgicznych	55
Załącznik nr 3 – Katalog wad wrodzonych	64

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX 4A/2010

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX 4A/2010, 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

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

- choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- data początku ochrony** – data początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy;
- data zatrudnienia** – pierwsza data nawiązania stosunku pracy pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym, członkostwa, bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku;
- deklaracja** – pisemne oświadczenie woli, w którym Pracownik/Współmałżonek/Konkubent/Pełnoletnie dziecko wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową;
- Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się po 22. tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 25 lat;
- karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 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;
- 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 oraz ust. 40, którą Towarzystwo może przyznać Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
- Macocha** – aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego lub Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 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;
- nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną 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;
- niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
- 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;
- Ojczym** – aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub Współmałżonka, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w polisie;
- okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy;
- 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, 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, niewymagające pobytu w szpitalu oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną. Obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone i opisane w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
- pakiety** – utworzony w ramach podgrupy, określony przez Towarzystwo oraz możliwy do wyboru przez Ubezpieczonego zakres ubezpieczenia wraz z sumami ubezpieczenia oraz należnymi składkami wynikającymi z Umowy Podstawowej oraz poszczególnych Umów Dodatkowych;
- Partner Medyczny** – placówka medyczna współpracująca z Towarzystwem. Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa: www.generali.pl;
- Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Pracownika, które ukończyło 18. rok życia i ma nie więcej niż 26 lat;
- 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;
- 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 jego wypisania ze szpitala;
23. **podgrupa** – wyodrębniona w ramach Umowy część Ubezpieczonych ze zróżnicowanym zakresem 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 zgodnie 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 liczona od terminu należności składki, o które Towarzystwo odroczyło opłacenie 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 pobytu 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 za wszystkich Ubezpieczonych;
33. **składka ochronna** – określona w polisie kwota lub procent wynagrodzenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna 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, 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 poduszkowiec 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 całkowitej** – data początku okresu ubezpieczenia i kolejna miesięcznica polisy wynikająca wprost ze wskazanej w polisie częstotliwości opłacania składki;
38. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
39. **trwale 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 „uszczywnienie” rozumiane są jako:
- 1) **utrata** – całkowita anatomiczna strata narządu lub części ciała,
 - 2) **porażenie** – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji,
 - 3) **uszczywnienie** – 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 OWU;
41. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
42. **Ubezpieczony** – Pracownik, który przystąpił do Umowy. Ponadto za zgodą Towarzystwa Ubezpieczonymi mogą być również Współmałżonek, Konkubent lub Pełnoletnie dziecko Pracownika, pod warunkiem przystąpienia do Umowy tego Pracownika;
43. **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 narządów 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 i Umów Dodatkowych lub Umowy Podstawowej;
45. **Umowa Dodatkowa** – umowa ubezpieczenia rozszerzająca zakres Umowy Podstawowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
46. **Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
47. **Uposażony** – osoba lub inny podmiot wskazany na piśmie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
48. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem lub z innym Ubezpieczycielem, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy zawartej z Towarzystwem oraz z tytułu, której ochrona zakończyła się;
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,
 - 4) 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 99.百分yl 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) trwałe 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 Ubezpieczonego;
 - 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 w kraju;
 - 38) druga opinia medyczna;
 - 39) rehabilitacja medyczna;
 - 40) leczenie specjalistyczne;
 - 41) Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy.
4. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności potwierdzone są w polisie.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo spełni świadczenia zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 przesłanką niezbędną 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 14 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 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 rocznicę 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 jest możliwa tylko w rocznicę polisy na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczonego przed tym dniem.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy

1. Do Umowy może przystąpić osoba, która łącznie spełnia 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. 4;
 - 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 miały ukończony 65. rok życia.
3. Do Umów Dodatkowych, w ramach, których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 4-6, 10, 13-15, 17-19, 24 oraz 37-40 może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.
4. 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.
5. Za datę nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy – uważa się późniejszą z dat: datę początku okresu ubezpieczenia lub datę zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 8.
6. Za datę nabycia prawa do przystąpienia 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 przystępowania Współmałżonka;
 - b) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania Konkubenta;
 - c) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania Pełnoletniego dziecka.
7. Za datę przystąpienia do Umowy przez osobę, która nabyła prawo do przystąpienia przyjmuje się najbliższy

- termin należności składki przypadający po dniu podpisania deklaracji, jeżeli poprawnie i kompletnie wypełniona deklaracja wpłynęła do Towarzystwa przed tym dniem, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na termin należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, pod warunkiem podpisania deklaracji przed tym dniem.
 9. Ubezpieczonemu, któremu ochrona z tytułu Umowy wygasła z dniem najbliższej miesięcznicy polisy po rozpoczęciu urlopu wychowawczego 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, jeżeli zostały spełnione warunki wymienione w ust. 1.
 10. Osoba przystępująca do Umowy składa deklarację, zawierającą oświadczenie o wybranej podgrupie określającej sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo.
 11. 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. 8 oraz, o ile została opłacona składka za tego Ubezpieczonego nie później niż z dniem upływu prolongaty.
 12. Jeżeli w ramach wybranej podgrupy, o której mowa w ust. 10 suma ubezpieczenia przekracza określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo może uzależnić rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej, w stosunku do danego Ubezpieczonego, 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, zgodnie z zakresem wynikającym z przepisów ustawy. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
 13. W stosunku do Ubezpieczonych, o których mowa w ust. 12, Towarzystwo świadczy przez okres nie dłuższy niż 90 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ochronę tymczasową, tj. ochronę na warunkach określonych w Umowie, z sumą ubezpieczenia równą wysokości limitu automatycznej akceptacji.
 14. W trakcie trwania ochrony tymczasowej Towarzystwo, na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 12, może:
 - 1) objąć Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w deklaracji lub
 - 2) odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową lub
 - 3) zaproponować Ubezpieczonemu objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach innych niż określone w deklaracji.
 15. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 14 pkt 2-3 Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie, z tym że w przypadku zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną ubezpieczeniową na warunkach innych niż określone w deklaracji Towarzystwo wskaże w piśmie proponowaną sumę ubezpieczenia oraz wyznaczy Ubezpieczonemu 7 dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego, z sumą ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo rozpoczyna się w najbliższą miesięcznicę polisy następującą po bezskutecznym upływie terminu do zgłoszenia sprzeciwu.
 16. Ochrona tymczasowa wygasa:
 - 1) w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym 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. 15 – w najbliższą miesięcznicę polisy następującą po dniu otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu;
 - 4) w każdym przypadku z upływem 90-ego dnia licząc od początku ochrony tymczasowej;
 - 5) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony tymczasowej – z dniem najbliższej miesięcznicy polisy następującą po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o rezygnacji.
 17. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na dzień najbliższej miesięcznicy polisy.

Artykuł VI

Zmiany Umowy

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany Umowy są dokonywane w drodze negocjacji pomiędzy stronami i potwierdzane w formie pisemnej.
3. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak wiek, płeć i wysokość wynagrodzenia, wykonywanych zawodów oraz liczebności grupy), Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składki, kryterium podziału na podgrupy, obowiązujące w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą polisy.
4. Odmowa przyjęcia przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez Towarzystwo warunków, o których mowa w ust. 3, złożona w formie pisemnej do dnia rocznicy polisy, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nie przedłużaniu Umowy na kolejny rok polisowy.
5. Na 30 dni przed każdą rocznicą polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składki, częstotliwość opłacania składek, kryterium podziału na podgrupy lub zakres pakietu w podgrupie ze skutkiem w najbliższą rocznicę polisy.
6. W przypadku, gdy wnioskowana przez Ubezpieczającego wysokość sumy ubezpieczenia przekracza określoną przez Towarzystwo wysokość limitu automatycznej akceptacji, Towarzystwo może uzależnić objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podwyższonej sumy ubezpieczenia 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 zgodnie z zakresem wynikającym z przepisów ustawy. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

7. Na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 6, Towarzystwo może:
 - 1) objąć Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z podwyższoną sumą ubezpieczenia lub
 - 2) odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z podwyższoną sumą ubezpieczenia lub
 - 3) zaproponować Ubezpieczonemu objęcie go ochroną ubezpieczeniową z inną sumą ubezpieczenia.
8. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 2-3 Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie z tym, że w przypadku zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną ubezpieczeniową z inną sumą ubezpieczenia 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.
9. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z dotychczasową sumą ubezpieczenia:
 - 1) do czasu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podwyższonej sumy ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 2;
 - 3) w przypadku skutecznego złożenia przez Ubezpieczonego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 8.

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.
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, przez który ponosiło odpowiedzialność.
5. W przypadku niezapłacenia w terminie kolejnej raty składki, 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, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty zawarcia tej Umowy.
8. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł VIII

Prawa i obowiązki stron Umowy

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) udostępniania Ubezpieczonemu, przed zebraniem od nich deklaracji, OWU będące podstawą zawarcia Umowy;
 - 2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji osób przystępujących do Umowy;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonemu 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 Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 - 6) przekazywania do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składek całkowitych;
 - 7) przekazywania do Towarzystwa, w terminie należności składki całkowitej, w ustalonym przez Towarzystwo formacie rozliczenie składek wraz z aktualnymi wykazami Ubezpieczonych przystępujących lub występujących z Umowy wraz ze wskazaniem przyczyny wystąpienia, z zastrzeżeniem, że za skutki 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, zmiany warunków Umowy, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla Umowy;
 - 3) informowania Ubezpieczonego, Uposażonych oraz innych osób uprawnionych o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową jeżeli zdarzenia zostaną zgłoszone;
 - 4) zawiadamiania Ubezpieczonego lub Uposażonego lub innych osób uprawnionych, które zgłosiły roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonym lub innym osobom uprawnionym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.
4. Zasada przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana na piśmie przez Towarzystwo.

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, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowo-płciowej i zawodowej osób przysługujących 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 przeznaczone 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.
2. Z zastrzeżeniem Art. V ust. 14-15, 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 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;
 - 4) upływu okresu na jaki Umowa została zawarta w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 5) upływu okresu wypowiedzenia Umowy;
 - 6) upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu do zapłaty zaległej składki, nie wcześniej niż w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie dodatkowego terminu;
 - 7) w najbliższą miesięcznicę polisy przypadającą po dniu rozpoczęcia przez Ubezpieczonego urlopu wychowawczego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem, Konkubentem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika, ustaje:
 - 1) w dniu śmierci 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. Oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiedniej okoliczności.

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 oraz 37-40 kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

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;
 - 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, jeżeli 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 innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 12) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym, tj. 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 i samochodowych oraz wszystkich pochodnych wymienionych wyżej sportów;

- 13) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego organizowane przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
 - 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 lub dla Ubezpieczonych, którzy w tym okresie zmieniają przynależność do podgrupy lub zmieniają zakres pakietu wydzielonego w ramach podgrupy 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;
 - 2) 90 dni – operacje chirurgiczne Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne Współmałżonka, poważne zachorowanie Ubezpieczonego (Wariant I i Wariant II), będącego Współmałżonkiem lub Konkubentem lub Pełnoletnim dzieckiem, poważne zachorowanie Współmałżonka, poważne zachorowanie Dziecka, rehabilitacja medyczna, leczenie specjalistyczne.
 5. W stosunku do osób, które przystępują do Umowy po upływie 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia lub dla Ubezpieczonych zmieniających przynależność do podgrupy lub zmieniających przynależność do pakietu, wydzielonego w ramach podgrupy mają zastosowanie karencje z tytułu Umowy Podstawowej i 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 Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
 7. W stosunku do osób, które zmieniły przynależność do podgrupy lub zmieniły zakres pakietu w ramach podgrupy, karencje, o których mowa w ust. 4-5, 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.

Artykuł XII

Wypłata 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, 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 oraz pkt 40 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) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
4. Jeżeli Umowa Dodatkowa tak stanowi osoba uprawniona do uzyskania świadczenia ponadto składa do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - 1) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej odpowiednio istnienie niezdolności do pracy zarobkowej lub trwałego inwalidztwa, trwałego uszczerbku lub poważnego zachorowania, pobytu w szpitalu, przeprowadzenia operacji chirurgicznej lub leczenia specjalistycznego, przebieg leczenia u Ubezpieczonego lub Współmałżonka lub Dziecka oraz wystąpienia 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 dodatkowo dokumenty:
 - 1) kserokopię odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;
 - 3) kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 5) kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka;

- 6) kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 7) kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 8) kserokopia dokumentacji medycznej potwierdzająca urodzenie Dziecka martwego;
 - 9) kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 10) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentacja potwierdzająca przysposobienie Dziecka;
 - 11) kserokopia dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego kserokopia 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 etatowego 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 lat trzech 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 oraz pkt 38-40 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.
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, jednak nie dłużej niż do dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego, 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 któregokolwiek 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 zawarcie z Ubezpieczonym indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie, po zaakceptowaniu przez Ubezpieczonego aktualnie obowiązującej propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie przedstawionej przez Towarzystwo, złożonej 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 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 180 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 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 180 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 180 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.
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 po upływie 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 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 mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

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.
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 po upływie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-6, pkt 8, 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 mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

7. Umowa Dodatkowa dotycząca 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. Z tytułu Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci maksymalnie świadczenie lub świadczenia, których łączna wartość odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia.
4. 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.

5. 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, pkt 11-13 oraz ust. 3
6. 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 7.
7. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
8. 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.
9. 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.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana, zarówno w przypadku poprawy, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
12. 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 6 cm kw.	30%
- na pow. od 3 do 6 cm kw.	20%
- na pow. 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)	
- 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% miąższu)	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%

3. Z tytułu Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci maksymalnie świadczenie lub świadczenia, których łączna wartość odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia.
4. 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.
5. 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, pkt 11-13 oraz ust. 3
6. 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 7.
7. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
9. 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.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana, zarówno w przypadku poprawy, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
12. 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

1. 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.
2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, 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.
3. 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, pkt 11-13 oraz ust. 3.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procentie) 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.
5. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) trwały uszczerbek na zdrowiu 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.
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 ustalany jest 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 zostanie ustalony 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 wskazanego przez siebie 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 ustalany jest 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 zostanie ustalony w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po zawałe 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 z tytułu Umowy Dodatkowej, 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.
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, 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 wskazanego 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 ustalany jest 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 zostanie ustalony w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu 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 wyliczających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1 - 6, pkt 8, 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 wskazanego 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 ustalany jest 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 zostanie ustalony w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu 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 jest zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. 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 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 (by-pass)** – 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:
- 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),
 - nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne / nieinwazyjne,
 - 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,
 - 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 Ubezpieczonego, 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:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci,
 - objawów mózgowych spowodowanych migreną,
 - uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem,
 - chorób naczyniowych dotyczących narządów 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:**
- 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 krwi,
 - instytucja, w której doszło do przetoczenia uznaje swoją odpowiedzialność,
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii,

- do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi,
 - obecność infekcji HIV musi zostać 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, wykonanym po wypadku,
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi,
 - obecność infekcji HIV musi zostać potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- Termin nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich wyników badań krwi Ubezpieczonego i 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.
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 pkt 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, pkt 9 - 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 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 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, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo 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 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 (by-pass)** – 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 limfatyczna 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 naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii.
- Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 17) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom 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 narządów wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 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 krwi,
 - instytucja, w której doszło do przetoczenia uznaje swoją odpowiedzialność,

- Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii,
- do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi,
- obecność infekcji HIV musi zostać 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, wykonanym po wypadku,
- do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi,
- obecność infekcji HIV musi zostać potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Termin nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich wyników badań krwi Ubezpieczonego i 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 współlistniejącymi 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, 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 którejkolwiek 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 wskazanego przez Towarzystwo 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 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 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 (by-pass)** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego.
Zakres ubezpieczenia 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 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 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** – 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 narządów 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 krwi,
 - instytucja, w której doszło do przetoczenia uznaje swoją odpowiedzialność,
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii,
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi,
 - obecność infekcji HIV musi zostać 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 zakucia 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, wykonanym po wypadku,
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi,
 - obecność infekcji HIV musi zostać potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- Termin nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających.
Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich wyników badań krwi Ubezpieczonego i 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.
2. W przypadku wystąpienia u Współmałzonka 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 Współmałzonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5, pkt 9-10 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 1 ppkt 12) lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Współmałzonka 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.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Współmałzonka, 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 Współmałzonka, 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 Współmałzonka zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałzonka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałzonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałzonka 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 procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednego z poważnych zachorowań Współmałzonka 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 wskazanego przez Towarzystwo 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 żółtaczki i wodobrzusza, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby;
 - 6) **nowotwór złośliwy** – obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Termin nie obejmuje pierwszorazowego rozpoznania 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 przedrukowe,
 - 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 stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, przez co najmniej 6 miesięcy;
 - 9) **zakażenie wirusem HIV** – jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 10) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzy tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną 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 9-10 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 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 11 oraz ust. 3.
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Dziecka, które 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 którejkolwiek 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 z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka a datą przystąpienia do 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 zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
 9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Dziecko nie poddało się/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 umożliwił 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 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 powodujący operację chirurgiczną nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-6, pkt 8, 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 przeprowadzenia 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 procentowi odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej, uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
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, w związku z którą 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, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 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 Współmałżonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Współmałżonka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Współmałżonka, przeprowadzone w szpitalu oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do OWU.
2. W przypadku poddania się Współmałżonka 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 Współmałżonka określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5, pkt 7, pkt 9-10 oraz pkt 15-16 lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący operację chirurgiczną nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa i dotyczących Współmałżonka określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-6, pkt 8, pkt 11-12 oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną Współmałżonka, 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 przeprowadzenia operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka 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 procentowi odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej, uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
 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, w związku z którą 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, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 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.

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 szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się:
 - 1) i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakres pobyt Ubezpieczonego 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 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 procentowi sumy ubezpieczenia, aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie.
 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 5-6, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 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. Do ustalenia 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 powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-6, pkt 8 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 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 lub choroby nowotworowej rozpoznanej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 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, do ustalenia 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 pobytym 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. Do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt 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.
 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, do ustalenia 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) powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 3) i trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi 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, 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. Do ustalenia 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 powodujący pobyt 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 związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia 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. Do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący pobyt 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 łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia 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. Do ustalenia 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 powodujące pobyt 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 łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia 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. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. 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.
3. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 2, 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.

4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
5. Do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Współmałżonka 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 i dotyczących Współmałżonka.
7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
8. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
9. 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.
10. 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 11.
11. 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. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt w szpitalu Dziecka, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz który rozpoczął się:
 - 1) i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) 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.
2. W przypadku pobytu w szpitalu Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt 3.
3. W przypadku, o którym mowa w pkt 1 ppkt 2), Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony

uzgodnionemu przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonemu w polisie.

4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
5. Do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
6. 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 powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-6, pkt 8 oraz pkt 11-13 lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem: operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany pęci, 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.
7. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usunięciem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
8. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
9. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 2, ust. 3, ust. 4 pkt 1 oraz ust. 5 pkt 3-4.
11. Jeżeli okres pobytu Dziecka w szpitalu przekracza 7 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 7-dniowego okresu pobytu w Dziecka szpitalu.

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, 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 żyje 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 i w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja.
4. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, 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 żyje 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 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 nie przepisanych 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 kartę przebiegu ciąży – w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;
 - 2) zaświadczenia o stanie zdrowia Dziecka wystawione 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. 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.
2. 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, 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 Ubezpieczonego własne lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat lub bez względu na wiek jest niezdolne do pracy;
 - 2) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, powodującej osierocenie Dziecka Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego 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 w kraju

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 w kraju (medycznego assistance) oraz natychmiast organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 3) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z CPG;

- 4) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym listem poleconym CPG. Usługi medycznego assistance w nowym miejscu zamieszkania będą świadczone po upływie 48 godzin od wpłynięcia pisma do CPG;
 - 5) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarza;
 - 6) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki, nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 7) **opieka nad dzieckiem/ osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych oraz bezpieczeństwa;
 - 8) **opieka nad zwierzętami domowymi** – opieka w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego polegająca na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia domowego albo transport zwierzęcia do osoby wskazanej do opieki albo do najbliższego hotelu dla zwierząt. Opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - 9) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem, osobą niesamodzielną lub zwierzętami domowymi. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
 - 10) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy medycznej, opieki nad ludźmi lub zwierzętami, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt 5;
 - 11) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym;
 - 12) **zwierzęta domowe** – zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, posiadające aktualną książeczkę szczepień, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. psów uznanych za agresywne wg aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
 3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.

4. W przypadku nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub zajścia nieszczęśliwego wypadku, CPG zobowiązuje się zorganizować na terenie Rzeczypospolitej Polskiej usługi medycznego assistance w zakresie i na zasadach niniejszej Umowy Dodatkowej.
5. Zakresem odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej objęte są:
 - 1) **Opieka medyczna** – zorganizowanie przez CPG, a także, tam gdzie jest to podane, pokrycie kosztów następujących usług, w zależności od potrzeby Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz decyzji lekarza CPG:
 - a) **wizyta lekarza** – zorganizowanie wizyty lekarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego, pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza, pod warunkiem, że miejsce pobytu jest oddalone od miejsca zamieszkania o co najmniej 50 km,
 - b) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego, pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki, jeżeli wizyta została zlecona przez lekarza CPG (usługa obejmuje maksymalnie 7 wizyt po 1 godzinie, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG),
 - c) **transport medyczny** – zorganizowanie transportu z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG oraz pokrycie kosztów tego transportu. O celowości transportu do szpitala, o wyborze placówki medycznej oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz CPG,
 - d) **transport medyczny powrotny** – zorganizowanie transportu ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego zaleconym przez lekarza CPG środkiem transportu i pokrycie kosztów tego transportu. O celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu, decyduje lekarz CPG,
 - e) **transport na komisję lekarską oraz transport powrotny** – zorganizowanie jednorazowego transportu z miejsca zamieszkania na komisję lekarską oraz z powrotem, zalecanym przez lekarza lub pracownika CPG środkiem transportu (koszty transportu pokrywa Ubezpieczony),
 - f) **dostarczenie leków** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia leków do miejsca pobytu, jeżeli zostało to zlecone przez lekarza CPG (bez kosztów leków),
 - g) **zorganizowanie procesu rehabilitacji** albo pomocy psychologa, w zależności od wyboru Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - zorganizowanie procesu rehabilitacji – ustalenie przez lekarza CPG koniecznych zabiegów rehabilitacyjnych oraz ich liczby bez pokrycia kosztów tych zabiegów; transport rehabilitanta na miejsce zamieszkania Ubezpieczonego bądź transport Ubezpieczonego / Współubezpieczonego do placówki medycznej, wraz z pokryciem kosztów transportu. Ubezpieczony / Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z nie więcej niż 3 usług transportu (w obie strony);
 - zorganizowanie pomocy psychologa – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów nie więcej niż 3 wizyt u wyznaczonego przez CPG psychologa.
 - 2) **Opieka nad ludźmi** – w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego będącego opiekunem osoby niesamodzielnej lub rodzicem Dziecka, CPG zorganizuje wybrane przez Ubezpieczonego usługi:
 - a) **opieka nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi** – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi w miejscu zamieszkania lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez pierwsze 3 dni od momentu poinformowania CPG o pobycie Ubezpieczonego w szpitalu,
 - b) **transport osoby wskazanej do opieki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do opieki nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego,
 - c) **transport osób niesamodzielnych lub Dzieci do osoby wskazanej do opieki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) osoby niesamodzielnej lub Dziecka do osoby wskazanej do opieki, bez organizacji opieki dla osoby niesamodzielnej lub Dziecka w trakcie podróży.
 - 3) **Opieka nad zwierzętami** – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu oraz gdy z pisemnych informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż pobyt ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego bez opieki pozostaną zwierzęta domowe, CPG zorganizuje wybrane przez Ubezpieczonego usługi:
 - a) **opieka nad zwierzętami domowymi** – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez maksymalnie pierwsze 72 godziny od momentu rozpoczęcia się opieki nad zwierzętami,
 - b) **transport zwierząt domowych** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do hotelu dla zwierząt do kwoty 300 PLN.
 - 4) **Infolinia Medyczna** – całodobowe usługi informacyjne w zakresie między innymi takich zagadnień jak:
 - a) krótka informacja medyczna o danym schorzeniu, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia, w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa;
 - b) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - c) krótka 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 prawa;

- d) informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju;
 - e) informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych;
 - f) informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych;
 - g) informacja o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznej).
6. Porady udzielone na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
7. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance tylko jeden raz. Powyższe ograniczenie nie dotyczy usług Infolinii Medycznej.
8. Łączna wartość wszystkich usług medycznego assistance świadczonych w danym roku polisowym w stosunku do jednego Ubezpieczonego oraz Współubezpieczonych nie może przekraczać sumy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-3 oraz pkt 9 lub jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie było bezpośrednio lub pośrednio spowodowane:
- 1) leczeniem stomatologicznym, operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) pobraniem narządów lub tkanek do przeszczepu.
10. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
- 1) w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Ubezpieczony, Współubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
 - 2) Ubezpieczony, Współubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona powinna podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer PESEL;
 - d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym, Współubezpieczonym lub osobą przez niego wskazaną;
 - 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 do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybytemu 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. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3).
- 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 Ubezpiezonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje.
- 2) Wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpiezonego, 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 Ubezpiezonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpiezonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpiezonego;
 - 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 Ubezpiezonego 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 plastyczne – kosmetycznych, z wyjątkiem leczenia oparzeń;
 - 3) przypadków związanych lub będących następstwem usuwania ciąży;
 - 4) leczenia i zabiegów dentystycznych;
 - 5) leczenia odwykowego.
 9. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) 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) **Formularz Potwierdzenia Odpowiedzialności** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, określający aktualny poziom i okres odpowiedzialności Towarzystwa, będący zobowiązaniem do pokrycia kosztów rehabilitacji medycznej;
 - 2) **Partner Medyczny** – placówka medyczna współpracująca z Towarzystwem. Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa: www.generali.pl;
 - 3) **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. Pojęcie „placówka rehabilitacyjna” nie obejmuje domu opieki, hospicjum lub ośrodka wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 4) **rehabilitacja** – będąca konsekwencją pobytu Ubezpieczonego w szpitalu integralną częścią 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 usprawnienia, 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, kiedy 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 pokryciu kosztów rehabilitacji przeprowadzonej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa w placówce Partnera Medycznego albo na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w innej placówce rehabilitacyjnej niż placówka Partnera Medycznego.
 8. Świadczenie polegające na pokryciu kosztów rehabilitacji spełniane jest poprzez wystawienie Ubezpieczonemu Formularza Potwierdzenia Odpowiedzialności, będącego zobowiązaniem Towarzystwa do pokrycia kosztów rehabilitacji i określającego ich maksymalną wysokość. Ubezpieczony ma obowiązek przedłożenia Formularza w placówce Partnera Medycznego, w której przeprowadzana będzie rehabilitacja.
 9. Świadczenie polegające na refundacji kosztów rehabilitacji wykonanej w innej placówce rehabilitacyjnej niż placówka Partnera Medycznego spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4.
 10. 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, dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego, poprzedzającego rehabilitację, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg jest skutkiem doznanego urazu, itp.);
 - 4) kserokopii wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 5) w przypadku wniosku o pokrycie kosztów rehabilitacji w placówce Partnera Medycznego – kserokopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, poprzedzającego rehabilitację i którego następstwem ma być rehabilitacja;
 - 6) w przypadku wniosku o refundację kosztów rehabilitacji wykonanej w innej placówce rehabilitacyjnej niż placówka Partnera Medycznego – kserokopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, poprzedzającego rehabilitację i którego następstwem była rehabilitacja oraz fakturę / faktury za rehabilitację.
 11. W przypadku refundacji kosztów rehabilitacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, niż wymienione w pkt 10 ppkt 4) i 5), jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.
 12. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za 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 Ubezpieczonemu, 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 Ubezpieczonemu 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 Ubezpieczonemu 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 w przypadku radioterapii;
 - 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 Ubezpieczonemu 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 zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
 8. W przypadku, o którym mowa w pkt 7 Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dacie początku ochrony i ustalonej zgodnie z pkt 3, uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.
 9. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednemu leczeniu specjalistycznemu, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za jedno leczenie specjalistyczne.
 10. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczenia 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) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia przeprowadzenia leczenia specjalistycznego lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością przeprowadzenia leczenia specjalistycznego;
 - 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 powodujący przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1-6, pkt 8, 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, pochodzące ze środków Ubezpieczonego, składki inwestycyjne i składki doraźne;

- 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 dorażne;
 - 9) **składka dorażna** – kwota wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka dorażna 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 dorażna, 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 dorażnej.
 3. Inwestowanie składki inwestycyjnej i składki dorażnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na podstawowym 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 dorażnej pomiędzy poszczególne fundusze;
 - 3) w każdym czasie, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wpłacania składki dorażnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa;
 - 4) warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę dorażną jest dostarczenie do Towarzystwa Formularza deklaracji składki dorażnej osoby dokonującej wpłaty składki dorażnej;
 - 5) wpłata składki dorażnej 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 Dodatkowej;
 - 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 zawieszono 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 stanowiącej załącznik do polisy.
6. Fundusze
 - 1) W celu inwestowania składek inwestycyjnych i składek dorażnych, 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 miesięcznicę 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 stanowiącej załącznik do polisy.

Artur Olech



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

Jiri Strelicky



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

Artykuł XVI

Skargi i zażalenia

1. Skargi i zażalenia mogą być wnoszone w formie pisemnej do każdej jednostki Generali w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej skargę lub zażalenie.
2. Generali rozpatruje skargę nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania, i udziela pisemnej odpowiedzi, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie zawiadamia pisemnie wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.
3. Z tytułu Umowy przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

Artykuł XVII

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU.
2. Pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU, wymagają formy pisemnej. Wszelkie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie.
3. Strony Umowy są zobowiązane do poinformowania się o każdej zmianie adresu siedziby.
4. W przypadku uchybienia obowiązku, o którym mowa w ust. 3 oświadczenia i zawiadomienia wysyłane przez strony Umowy uważa się za skutecznie doręczone na ostatni wskazany przez drugą stronę adres.
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.

Załącznik nr 1
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max
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 kostnych): 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 niedowłady połowicze: a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp. 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 30-35 20-25 5-25 5-15 40 30 5-20	
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	

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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 cerebbrasteniczny 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 błoczkowego 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) oszpeczenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy b) oszpeczenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji c) oszpeczenia 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
22. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):												
a) szczęki											40	
b) żuchwy											50	
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:												
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk											1-5	
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk											5-10	
25. Ubytek podniebienia:												
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń											10-30	
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń											25 – 40	
26. Ubytki języka:												
a) bez zaburzeń mowy i połykania											1 – 3	
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń											5 – 15	
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń											15 – 40	
d) całkowita utrata języka											50	
C. Uszkodzenia narządu wzroku												
27.												
a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:												
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (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 współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.												
b) Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej											38	
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:												
a) jednego oka											15	
b) obu oczu											30	
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:												
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka											wg tabeli z p. 27a	
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego												
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka												
d) zanik nerwu wzrokowego												
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących:												
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)											wg tabeli z p. 27a	
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)												
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku												
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)											wg tabeli z p. 27a	
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:												
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku				W obu oczach				Przy ślepcie drugiego oka			
60°	0				0				35%			
50°	5%				15%				45%			
40°	10%				25%				55%			
30°	15%				50%				70%			
20°	20%				80%				85%			
10°	25%				90%				95%			
poniżej 10°	35%				95%				100%			

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe				60
b) dwunosowe				30
c) jednoimienne				25
d) jednoimienne górne				10
e) jednoimienne dolne				40
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku				25
b) w obu oczach				40
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej				
a) w jednym oku				10
b) w obu oczach				30
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie)				
a) w jednym oku				5-10
b) w obu oczach				10-15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka				wg tabeli z p. 27a oraz wg tabeli z p. 32
38. Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu				wg tabeli z p. 27a oraz wg tabeli z p. 32
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia				50-100
40. Zaćma urazowa – 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
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:				
a) jednostronne				5-15
b) obustronne				10-20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu				wg tabeli z p. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				
a) z uszkodzeniem części słuchowej				wg tabeli z p. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				20-50
a) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				30-60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:				
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia				10-40
b) dwustronne				20-60
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku				
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji				1-10
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia.				5-30

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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-krążeniową	1-20 20-45 45-60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania b) odżywianie 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.	
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 przewodzenia 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.	

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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
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 mięsaszowych 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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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 kręgow, 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 łasek 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
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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-25	1-5 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 10-25	1-5 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.		
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		1-5 5-15 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 40	10-30 35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	1-35	1-25
111. Utrata kończyny w barku	75	70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113. Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny: a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b) średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c) znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b) średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124. Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) znaczne zmiany	5-20	5-15
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10-20	10-15
b) dużego stopnia	20-35	15-30
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10-25	10-20
b) dużego stopnia	25-40	20-35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	1-15	1-15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością, zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a) ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134. Uszkodzenie śródreżca – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródreżca, zaburzenia ruchomości		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) rozległe zmiany	10-20	8-18
135. Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a) utrata opuszki	1-5	1-3
b) utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	15-20	10-15
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	20-30	15-25

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

<p>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</p> <p>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 śródreżca</p> <p>Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-5</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5-15</td> <td style="text-align: center;">4-13</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15-20</td> <td style="text-align: center;">13-18</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20-25</td> <td style="text-align: center;">18-23</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25-30</td> <td style="text-align: center;">23-33</td> </tr> </table>	1-5	1-4	5-15	4-13	15-20	13-18	20-25	18-23	25-30	23-33		
1-5	1-4												
5-15	4-13												
15-20	13-18												
20-25	18-23												
25-30	23-33												
<p>137. Utraty w obrębie palca wskazującego</p> <p>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 śródreżca</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-5</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5-7</td> <td style="text-align: center;">3-5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8-12</td> <td style="text-align: center;">5-10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17-23</td> <td style="text-align: center;">15-20</td> </tr> </table>	1-5	1-3	5-7	3-5	8	5	8-12	5-10	17	15	17-23	15-20
1-5	1-3												
5-7	3-5												
8	5												
8-12	5-10												
17	15												
17-23	15-20												
<p>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</p> <p>a) niewielkie zmiany b) zmiany średniego stopnia c) zmiany dużego stopnia d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-5</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5-10</td> <td style="text-align: center;">5-8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10-15</td> <td style="text-align: center;">8-13</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> </table>	1-5	1-4	5-10	5-8	10-15	8-13	17	15				
1-5	1-4												
5-10	5-8												
10-15	8-13												
17	15												
<p>139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:</p> <p>a) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek b) palca piątego – za każdy paliczek</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>	3	2	1	1								
3	2												
1	1												
<p>140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">8</td> </tr> </table>	12	8										
12	8												
<p>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</p> <p>a) niewielkie ograniczenie funkcji palca b) znaczne ograniczenie funkcji palca c) bezużyteczność palca granicząca z utratą</p> <p>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%.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-2</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2-4</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1-2	1	2-4	1-3	7	5						
1-2	1												
2-4	1-3												
7	5												
<p>M. Uszkodzenie kończyny dolnej</p>													
<p>142. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">75-85</td> </tr> </table>	75-85											
75-85													
<p>143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia</p> <p>a) miernego stopnia b) znacznego stopnia</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1-10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10-25</td> </tr> </table>	1-10	10-25										
1-10													
10-25													
<p>144. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:</p> <p>a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">15-35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30-60</td> </tr> </table>	15-35	30-60										
15-35													
30-60													
<p>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</p> <p>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.)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">2-20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20-40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40-65</td> </tr> </table>	2-20	20-40	40-65									
2-20													
20-40													
40-65													
<p>146. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">+5-15</td> </tr> </table>	+5-15											
+5-15													
<p>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.</p>													

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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	5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153. Utrata kończyny – zależnie od długości kikutu i przydatności jego cech do oproteżowania	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, łokotek, 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°.	
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 kikutu, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: a) przy długości kikutu do 8 cm mierząc od szpary stawowej b) przy dłuższych kikutach	60 40-55

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

162. Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a) niewielkiego stopnia	1-5
b) średniego stopnia	5-10
c) dużego stopnia	10-25
d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a) niewielkie zmiany	1-10
b) średnie zmiany	10-20
c) duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165. Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 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	1-5
b) duże zmiany	5-15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia cech kikuta	20-30
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175. Utrata całego palucha	7
176. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177. Utrata palców II-V w części lub całości – za każdy palec	2
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5
N. Porażenie lub niedowładny poszczególnych nerwów obwodowych	
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 zasłonowego	5-15
p) nerwu udowego	10-30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20
r) nerwu sromowego wspólnego	5-25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować	
u) tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40
v) nerwu strzałkowego	10-20
w) splotu łądźwiowo-krzyżowego	40-70
x) pozostałych nerwów odcinka łądźwiowo-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 MAX 4A/2010, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob/4/12/2010 z dnia 15 grudnia 2010 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie OWU od dnia 01 stycznia 2011 roku.

Artur Olech



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

Jiri Strelicky



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

Załącznik nr 2

do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max 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	A
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
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	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	A
24	Wycięcie nerwu obwodowego	D
25	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
26	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
27	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
28	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
29	Wycięcie przysadki	B
30	Zniszczenie przysadki	B
31	Operacje szyszynki	B
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
32	Wycięcie tarczycy	D
33	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	B
34	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
35	Wycięcie przytarczyc(y)	B
36	Wycięcie grasicy	D
37	Wycięcie nadnercza	C
38	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	C
39	Całkowita amputacja sutka	D
40	Operacje rekonstrukcyjne sutka	D
41	Operacje na przewodach mlekonosnych sutka	D

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

42	Operacje brodawki sutkowej	D
OPERACJE OKA		
43	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
44	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	C
45	Wszczepienie protezy oka	D
46	Rewizja protezy oka	D
47	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
48	Nacięcie oczodołu	D
49	Połączone operacje mięśni oka	C
50	Cofnięcie mięśnia oka	D
51	Wycięcie mięśnia oka	D
52	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
53	Zeszycie rogówki	E
54	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D
55	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
56	Wycięcie tęczówki	D
57	Operacje filtrujące tęczówki	C
58	Wycięcie ciała rzęskowego	D
59	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	D
60	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	D
61	Operacje ciała szklistego	C
62	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	D
63	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
64	Wyopatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
65	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
66	Drenaż ucha środkowego	E
67	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
68	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
69	Amputacja (resekcja) nosa	C
70	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	D
71	Operacje zatoki czołowej	D
72	Operacje zatoki klinowej	D
73	Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
74	Wycięcie gardła	B
75	Operacje naprawcze gardła	C
76	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
77	Wycięcie krtani	C
78	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	C
79	Odtworzenie krtani	B
80	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
81	Częściowe wycięcie tchawicy	A
82	Operacje plastyczne tchawicy	C
83	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C
84	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	D
85	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
86	Częściowe wycięcie oskrzela	C
87	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
88	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
89	Przeszczep płuca	A
90	Wycięcie płuca	A
91	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
92	Otwarte operacje śródpiersia	D
93	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	D
OPERACJE JAMY USTNEJ		
94	Wycięcie języka	C

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

95	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
96	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	E
97	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
98	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
99	Odtworzenie innej części jamy ustnej	D
100	Wycięcie ślinianki	D
101	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	D
102	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
103	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
104	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
105	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
106	Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	E
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
107	Wycięcie przełyku i żołądka	A
108	Całkowite wycięcie przełyku	A
109	Częściowe wycięcie przełyku	C
110	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
111	Zespolenie omijające przełyku	B
112	Rewizja zespolenia przełykowego	C
113	Operacja naprawcza przełyku	A
114	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
115	Nacięcie przełyku	E
116	Otwarte operacje żyłaków przełyku	C
117	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
118	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
119	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
120	Całkowite wycięcie żołądka	A
121	Częściowe wycięcie żołądka	B
122	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C
123	Operacje plastyczne żołądka	C
124	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
125	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
126	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
127	Operacje wrzodu żołądka z otwarciem jamy brzusznej	C
128	Nacięcie odźwiernika z otwarciem jamy brzusznej	C
129	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
130	Wycięcie dwunastnicy	C
131	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
132	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
133	Operacje wrzodu dwunastnicy z otwarciem jamy brzusznej	C
134	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
135	Wycięcie jelita czczego	C
136	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
137	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
138	Zespolenie omijające jelito czcze	C
139	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
140	Wycięcie jelita krętego	C
141	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
142	Zespolenie omijające jelito kręte	C
143	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
144	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
145	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
146	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
147	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
148	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
149	Wycięcie odbytnicy	B

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

150	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
151	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	E
152	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	E
153	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	E
154	Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
155	Zespolenie omijające okrężnicę	C
156	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
157	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
158	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
159	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	C
160	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	C
161	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
162	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
163	Wycięcie poprzecznicy	B
164	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
165	Wycięcie esicy	B
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
166	Przeszczep wątroby	A
167	Częściowe wycięcie wątroby	B
168	Operacja naprawcza wątroby	B
169	Nacięcie wątroby	D
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	C
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	Nacięcie przewodu żółciowego	C
182	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	C
183	Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	C
184	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
185	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy)	E
186	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	D
187	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
188	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
189	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
190	Przeszczep trzustki	A
191	Całkowite wycięcie trzustki	A
192	Wycięcie głowy trzustki	A
193	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	C
194	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
195	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
196	Nacięcie trzustki	C
197	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
198	Całkowite wycięcie śledziony	D
OPERACJE SERCA		
199	Przeszczep serca i płuc	A
200	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	A
201	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	A
202	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	A
203	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
204	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	A

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

205	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	A
206	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	A
207	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
208	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	A
209	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
210	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
211	Plastyka przedsionka serca	A
212	Walwuloplastyka mitralna	A
213	Walwuloplastyka aortalna	A
214	Plastyka zastawki trójdzielnej	A
215	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
216	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	A
217	Rewizja plastyki zastawki serca	A
218	Otwarta walwulotomia	A
219	Zamknięta walwulotomia	A
220	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
221	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	A
222	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	A
223	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	A
224	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	A
225	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	A
226	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	A
227	Przeżylna angioplastyka wieńcowa	A
228	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	A
229	Wszczepienie systemu wspomagania serca	C
230	Przeżylny wprowadzenie systemu rozrusznika serca	C
231	Inny system rozrusznika serca	C
232	Wycięcie osierdzia	A
233	Drenaż osierdzia	B
234	Przecięcie osierdzia	D
235	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
236	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
237	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	A
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH ORAZ ŻYLNICH		
238	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
239	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
240	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
241	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
242	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
243	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
244	Rewizja protezy aortalnej	A
245	Plastyczna operacja naprawcza aorty	A
246	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
247	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
248	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
249	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
250	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
251	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
252	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	B
253	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
254	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	B
255	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
256	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
257	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
258	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
259	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	B
260	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	A

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

261	Odtworzenie tętnicy udowej	A
262	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	C
263	Rewizja odtworzonej tętnicy	B
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
264	Przeszczep nerki	B
265	Całkowite wycięcie nerki	B
266	Częściowe wycięcie nerki	C
267	Wycięcie zmiany w nerce	C
268	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
269	Nacięcie nerki	E
270	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
271	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię.	E
272	Wycięcie moczowodu	C
273	Odprowadzenie moczu przez przetokę	B
274	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
275	Operacja naprawcza moczowodu	C
276	Nacięcie moczowodu	E
277	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
278	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
279	Operacje ujścia moczowodu	D
280	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
281	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
282	Powiększenie pęcherza moczowego	B
283	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
284	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
285	Operacje pęcherza mające na celu zwiększenie pojemności	D
286	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego i przezpochwowego u kobiet	C
287	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego u kobiet	C
288	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego u kobiet	C
289	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	E
290	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
291	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	E
292	Wycięcie cewki moczowej	C
293	Operacja naprawcza cewki moczowej	C
294	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
295	Operacje ujścia cewki moczowej	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
296	Wycięcie moszny	D
297	Obustronne wycięcie jąder	C
298	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	D
299	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
300	Proteza jądra	D
301	Operacja wodniaka jądra	E
302	Operacje najądrza	E
303	Wycięcie nasieniowodu	E
304	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
305	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
306	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
307	Amputacja prącia	C
308	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	D
309	Operacja plastyczna prącia	C
310	Proteza prącia	E
311	Operacje napletka	E
312	Operacje łechtaczki	E
313	Wycięcie sromu	C
314	Operacja naprawcza sromu	E

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

371	Operacja naprawcza mięśnia	E
372	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
373	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
374	Operacje przewodu limfatycznego	B
375	Operacje kieszonki skrzelowej	D
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
376	Plastyka czaszki	B
377	Otwarcie czaszki	A
378	Wycięcie kości twarzy	D
379	Nastawienie złamania szczęki	D
380	Nastawienie złamania innej kości twarzy	D
381	Rozdzielenie kości twarzy	C
382	Stabilizacja kości twarzy	D
383	Wycięcie żuchwy	C
384	Nastawienie złamania żuchwy	D
385	Rozdzielenie żuchwy	D
386	Stabilizacja żuchwy	D
387	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
388	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	A
389	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	B
390	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	A
391	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
392	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
393	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	B
394	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
395	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
396	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
397	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
398	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
399	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
400	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	C
401	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	A
402	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	B
403	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	B
404	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	A
405	Wycięcie zmiany kręgosłupa	B
406	Odbarczenie złamania kręgosłupa	B
407	Stabilizacja złamania kręgosłupa	B
408	Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
409	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
410	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
411	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	C
412	Całkowite wycięcie kości	D
413	Wycięcie kości ektopowej	E
414	Wycięcie zmiany w obrębie kości	D
415	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
416	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
417	Rozdzielenie trzonu kości	D
418	Rozdzielenie kości stopy	D
419	Drenaż kości	D
420	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzna)	D
421	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
422	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	D
423	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
424	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzna)	D
425	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
426	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	D

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

427	Wyciąg szkieletowy kości	E
428	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
429	Replantacja kończyny górnej	C
430	Replantacja kończyny dolnej	C
431	Replantacja innego organu	C
432	Transplantacja międzyukładowa	C
433	Wszczepienie protezy kończyny	A
434	Amputacja w zakresie ramienia	C
435	Amputacja ręki	D
436	Amputacja nogi	C
437	Amputacja stopy	D
438	Amputacja palucha	E
439	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D
440	Amputacja brzuszno-miedniczna	B

Niniejszy Katalog Operacji Chirurgicznych stanowiący Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX 4A/2010, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob/14/12/2010 z dnia 15 grudnia 2010 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie OWU od dnia 01 stycznia 2010 roku.

Artur Olech



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

Jiri Strelicky



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

Załącznik nr 3

do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max Katalog wad wrodzonych

LP.	TYP WADY
1	Przepuklina mózgowa
2	Małogłowie
3	Wodogłowie wrodzone
4	Rozszczep kręgosłupa
5	Ślepotą, bezocze, małocze, wielkooocze
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	Rozczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
23	Język olbrzymi
24	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
25	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
26	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
27	Choroba Hirschprunga
28	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
29	Wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
30	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyki macicy
31	Niewytworzenie jądra
32	Spodziectwo
33	Wrodzony brak lub aplazja prącia
34	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
35	Niewytworzenie nerki
36	Wielotorbielowatość nerek
37	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
38	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
48	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
49	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
50	Fakomatozy
51	Zespół Downa
52	Zespół Edwardsa i Pataua

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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 MAX 4A/2010, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob/4/12/2010 z dnia 15 grudnia 2010 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie OWU od dnia 01 stycznia 2011 roku.

Artur Olech



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

Jiri Strelicky



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