

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Obowiązujące od 18 września 2025 roku

Spis treści

7	Artykuł I Postanowienia ogólne
7	Artykuł II Definicje
9	Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności
10	Artykuł IV Zawarcie Umowy
10	Artykuł V Zmiany w Umowie
10	Artykuł VI Ochrona ubezpieczeniowa
10	Artykuł VII Odstąpienie od Umowy
10	Artykuł VIII Rozwiązanie Umowy
11	Artykuł IX Wyłączenia odpowiedzialności
11	Artykuł X Składka
12	Artykuł XI Prawa i obowiązki stron Umowy
12	Artykuł XII Uprawnieni do świadczenia
12	Artykuł XIII Wypłata świadczenia
13	Artykuł XIV Umowy Dodatkowe
13	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
13	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
14	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
14	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
15	Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego
15	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego
16	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu
16	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy
17	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
18	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
18	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego
19	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu
19	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy
20	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym
20	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
20	Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego onkologicznego u Ubezpieczonego
21	Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego kardiologicznego u Ubezpieczonego
21	Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku
22	Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- 22** Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 22** Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera
 - 22** Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 23** Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka
 - 23** Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 23** Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 23** Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka
 - 24** Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka
 - 24** Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne
 - 25** Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
 - 25** Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka
 - 25** Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka
 - 25** Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego
 - 25** Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców
 - 26** Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów albo rodziców Partnera
 - 26** Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej
 - 29** Umowa Dodatkowa assistance onkologiczny
 - 33** **Artykuł XV** Skargi i zażalenia
 - 33** **Artykuł XVI** Postanowienia końcowe
 - 35** **Załącznik nr 1** Tabela uszczerbków na zdrowiu
 - 49** **Załącznik nr 2** Katalog poważnych zachorowań
 - 52** **Załącznik nr 3** Katalog operacji chirurgicznych
 - 64** **Załącznik nr 4** Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
 - 71** **Załącznik nr 5** Katalog poważnych zachorowań dziecka
-

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 5/2025 (kod GRK4_OWU_09.2025) z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)

	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer zapisu z wzorca umownego		
Postanowienia dla umowy podstawowej i umów dodatkowych:	Art. III ust. 2, 5	Art. VII, Art. X ust. 8
Postanowienia dla umów dodatkowych:		
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XIV ust. 1 pkt 1 i 4	Art. XIV ust. 1 pkt 2
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XIV ust. 2 pkt 1 i 5	Art. XIV ust. 2 pkt 2
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XIV ust. 3 pkt 1 i 5	Art. XIV ust. 3 pkt 2 i 7 i 8 i 9
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XIV ust. 4 pkt 1 i 2 i 6	Art. XIV ust. 4 pkt 3 i 8 i 9 i 10
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego	Art. XIV ust. 5 pkt 2 i 3 i 6	Art. XIV ust. 5 pkt 4
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	Art. XIV ust. 6 pkt 1 i 2 i 5	Art. XIV ust. 6 pkt 3 i 4 i 6 i 7
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu	Art. XIV ust. 7 pkt 1 i 3 i 4	Art. XIV ust. 7 pkt 2 i 5 i 6 i 7
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy	Art. XIV ust. 8 pkt 2 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8	Art. XIV ust. 8 pkt 3 i 9 i 10
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XIV ust. 9 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 5 i 13	Art. XIV ust. 9 pkt 6 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XIV ust. 10 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 5	Art. XIV ust. 10 pkt 6 i 7 i 8 i 9 i 10

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XIV ust. 11 pkt 1 i 2 i 3	Art. XIV ust. 11 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XIV ust. 12 pkt 1 i 2 i 3	Art. XIV ust. 12 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy	Art. XIV ust. 13 pkt 2 i 3 i 4	Art. XIV ust. 13 pkt 5 i 6 i 8 i 9
Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym	Art. XIV ust. 14 pkt 1 i 2	Art. XIV ust. 14 pkt 3 i 4
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XIV ust. 15 pkt 1 i 2 i 5	Art. XIV ust. 15 pkt 3 i 4 i 6
Leczenie specjalistyczne onkologiczne u Ubezpieczonego	Art. XIV ust. 16 pkt 1 i 2 i 6	Art. XIV ust. 16 pkt 3 i 4 i 5 i 7 i 8
Leczenie specjalistyczne kardiologiczne u Ubezpieczonego	Art. XIV ust. 17 pkt 1 i 2 i 5	Art. XIV ust. 17 pkt 3 i 4 i 6 i 7
Refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW	Art. XIV ust. 18 pkt 1 i 3	Art. XIV ust. 18 pkt 2 i 3
Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XIV ust. 19 pkt 1 i 2	Art. XIV ust. 19 pkt 3 i 4
Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XIV ust. 20 pkt 1 i 6	Art. XIV ust. 20 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 9
Śmierć Współmałżonka albo Partnera	Art. XIV ust. 21 pkt 1	Art. XIV ust. 21 pkt 3
Śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek NW	Art. XIV ust. 22 pkt 1 i 4	Art. XIV ust. 22 pkt 3
Śmierć Dziecka	Art. XIV ust. 23 pkt 1	Art. XIV ust. 23 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek NW	Art. XIV ust. 24 pkt 1 i 3	Art. XIV ust. 24 pkt 2
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XIV ust. 25 pkt 1 i 5	Art. XIV ust. 25 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka	Art. XIV ust. 26 pkt 2	Art. XIV ust. 26 pkt 3 i 4 i 5
Poważne zachorowanie Dziecka	Art. XIV ust. 27 pkt 1 i 2 i 5	Art. XIV ust. 27 pkt 3 i 4 i 6 i 7
Pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne	Art. XIV ust. 28 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 13	Art. XIV ust. 28 pkt 8 i 9 i 10 i 11 i 12

Refundacja kosztów leczenia Dziecka w następstwie NW	Art. XIV ust. 29 pkt 1 i 2	Art. XIV ust. 29 pkt 3 i 4
Osierocenie Dziecka	Art. XIV ust. 30 pkt 1	Art. XIV ust. 30 pkt 2
Urodzenie Dziecka	Art. XIV ust. 31 pkt 1 i 2	
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XIV ust. 32 pkt 1	
Śmierć Rodziców	Art. XIV ust. 33 pkt 1	Art. XIV ust. 33 pkt 2 i 3 i 4
Śmierć Teściów albo rodziców Partnera	Art. XIV ust. 34 pkt 1	Art. XIV ust. 34 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Pomoc medyczna	Art. XIV ust. 35 pkt 3 i 6 i 8 i 11	Art. XIV ust. 35 pkt 5 i 9 i 11
Assistance onkologiczny	Art. XIV ust. 36 pkt 3 i 4 i 5	Art. XIV ust. 36 pkt 5 i 6 i 8 i 9 i 10 i 14

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NR 5/2025 (KOD GRK4_OWU_09.2025)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej „Umowami”, zawieranych na rzecz Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej „Towarzystwem”.

Artykuł II

Definicje

W OWU, Polisie oraz w innych pismach i dokumentach związanych z Umową, wymienione poniżej terminy, definiuje się następująco:

1. **ablacja** – zabieg, polegający na zniszczeniu dodatkowej drogi przewodzenia w sercu, wykonywany w celu leczenia zaburzeń rytmu serca Ubezpieczonego;
2. **akt terroryzmu** – użycie przemocy przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej z zamiarem ich zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych;
3. **chemioterapia** – metoda leczenia choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L01 według klasyfikacji ATC. Chemioterapią w rozumieniu OWU nie jest stosowanie w leczeniu choroby nowotworowej wyłącznie leków hormonalnych (L02), immunostymulujących (L03) i immunosupresyjnych (L04) według klasyfikacji ATC;
4. **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
5. **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
6. **Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się żywe po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie osiągnęło wieku 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
7. **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane Ubezpieczonemu, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia;
8. **leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem leczenia niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu Ubezpieczonego, wykonany w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
9. **Macocha** – żona ojca Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
10. **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
11. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu, oraz innych chorób nawet występujących nagle;
12. **OIOM (oddział intensywnej opieki medycznej)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach Szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.
W rozumieniu OWU pojęcie OIOM obejmuje także:
 - a) oddział intensywnej terapii;
 - b) oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
 - c) oddział intensywnego nadzoru medycznego;
 - d) salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej.
13. **Ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, albo wdowiec po matce Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
14. **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Operacjami, w rozumieniu OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne oraz zabiegi niebędące koniecznością medyczną. Definicja obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone i opisane w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU;
15. **pakiet dodatkowy** – określony przez Towarzystwo oraz możliwy do wyboru przez Ubezpieczonego zakres ubezpieczenia wraz z sumami ubezpieczenia oraz należnymi składkami stanowiącymi rozszerzenie zakresu ochrony;
16. **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
17. **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;

18. **pobyt Dziecka w szpitalu** – pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
 19. **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 kolejne dni w przypadku pobytu spowodowanego chorobą lub 1 dzień w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
 20. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
 21. **poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań i zdefiniowanych w Załączniku nr 2 i nr 5 do OWU;
 22. **przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
 23. **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);
 24. **rocznica Polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 25. **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą promieniowania jonizującego;
 26. **rehabilitacja (zabiegi rehabilitacyjne)** – integralna część leczenia poszpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw wypadku oraz przywrócenie maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu 3 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu, którego jest następstwem lub po zakończeniu leczenia niezbędnego do rozpoczęcia rehabilitacji, jednak nie dłużej niż w ciągu 12 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu;
 27. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
 28. **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 29. **rozzrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego;
 30. **Składka** – kwota składki należnej od Ubezpieczającego na podstawie zawartej Umowy, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumencie ubezpieczenia;
 31. **suma ubezpieczenia** – określona w Dokumencie ubezpieczenia kwota, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy;
 32. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub - pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski lub polski - kraju spoza Unii Europejskiej - działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w szczególności 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, zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, poradni i przychodni również przyszpitalnych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, hospicjum, szpitala uzdrowiskowego, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 33. **szpital rehabilitacyjny** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym pojęcie „szpital rehabilitacyjny” obejmuje oddziały rehabilitacyjne, natomiast nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 34. **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 balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców, spadochronów osobowych, hulajnogi elektrycznej oraz urządzeń transportu osobistego. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „hulajnoga elektryczna”, urządzenie transportu osobistego”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
 35. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
 36. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU;
 37. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca Umowę i zobowiązana do opłacania składek;
 38. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wymieniona imiennie w Dokumencie ubezpieczenia na rzecz której zawarta jest Umowa;
 39. **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
 - a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia.
- Termin nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;

- d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
- e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 40. **Umowa Dodatkowa** – umowa, o którą może zostać rozszerzony zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej;
- 41. **Umowa Podstawowa** – umowa, w ramach której zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje śmierć Ubezpieczonego;
- 42. **Uposażony** – osoba lub inny podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 43. **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia;
- 44. **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta z Towarzystwem w ramach, której Ubezpieczony objęty był ochroną w okresie poprzedzającym objęcie ochroną z tytułu niniejszej Umowy;
- 45. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
- 46. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym 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;
- 47. **zawał serca** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badania angiograficznego lub w autopsji.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa w ramach Umowy Podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego zaistniałą w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. W zakresie rozszerzonym odpowiedzialnością Towarzystwa mogą być objęte następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 3) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 5) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
 - 6) poważne zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 7) poważne zachorowanie Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu;
 - 8) poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy;
 - 9) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 10) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 12) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 13) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy;
 - 14) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 15) operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 16) leczenie specjalistyczne onkologiczne u Ubezpieczonego;
 - 17) leczenie specjalistyczne kardiologiczne u Ubezpieczonego;
 - 18) refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 19) refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 20) rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 21) śmierć Współmałżonka albo Partnera;
 - 22) śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 23) śmierć Dziecka;
 - 24) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 25) trwałe uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 26) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka;
 - 27) poważne zachorowanie Dziecka;
 - 28) pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne;
 - 29) refundacja kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 30) osierocenie Dziecka;
 - 31) urodzenie Dziecka;
 - 32) urodzenie Dziecka martwego;
 - 33) śmierć Rodziców;
 - 34) śmierć Teściów albo rodziców Partnera;
 - 35) pomoc medyczna;
 - 36) assistance onkologiczny.
4. Zakres Umowy dla Ubezpieczonego wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia.
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 wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia, Towarzystwo spełni świadczenia zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Umowa może być zawarta o ile spełnione są wszystkie poniższe warunki:
 - 1) Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 2) wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi co najmniej 15 lat;
 - 3) Ubezpieczony zaakceptuje propozycję Towarzystwa dotyczącą zakresu odpowiedzialności przed upływem 3 miesięcy od daty wygaśnięcia w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 4) Ubezpieczający opłaci pierwszą składkę. Opłacenie pierwszej składki jest równoznaczne z zaakceptowaniem propozycji Towarzystwa.
2. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku. Integralną częścią Wniosku mogą być pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
3. Pakiet dodatkowy może być zawarty na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy.
4. Umowa zawarta jest w dniu oznaczonym w Dokumencie ubezpieczenia jako data początku okresu ubezpieczenia, który przypada na następny dzień po dniu zaksięgowania pierwszej składki na rachunku Towarzystwa albo jest to pierwszy dzień po ustaniu ochrony w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczony zaakceptuje propozycję ubezpieczenia i pierwsza składka zostanie zaksięgowana na rachunku Towarzystwa w terminie do 10 dni od daty ustania ochrony w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
5. Umowa zawierana jest na okres jednego Roku polisy. Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok polisy na warunkach określonych w OWU, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem Roku polisy, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy.

Artykuł V

Zmiany w Umowie

1. Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia, wysokości składek obowiązujących w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
2. Odmowa przyjęcia przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez Towarzystwo warunków, o których mowa w ust. 1, złożona do dnia rocznicy polisy, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny rok polisowy.
3. Dokonanie zmian warunków w Umowie Ubezpieczenia na wniosek którejkolwiek ze stron i ich zaakceptowanie spowoduje wystawienie przez Towarzystwo stosownego aneksu potwierdzającego zakres dokonanych zmian. W przypadku niedokonywania przez strony żadnych zmian w Umowie Ubezpieczenia, Towarzystwo nie jest zobowiązane do wystawiania aneksu, zaś Umowa Ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres z zastosowaniem warunków ubezpieczenia obowiązujących w Umowie w danym mijającym okresie ubezpieczenia.

Artykuł VI

Ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat:
 - 1) w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w Art.VIII albo
 - 2) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Artykuł VII

Odstąpienie od Umowy

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w tym za pośrednictwem infolinii Towarzystwa, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

Artykuł VIII

Rozwiązanie Umowy

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania czy przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy do zapłaty zaległej składki;
 - 4) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem Roku polisy, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IX

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działań wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności z tytułu Umowy.
2. O ile Umowa Dodatkowa tak stanowi, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, 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;
 - 5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
 - 6) spożycia alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym), nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej, alkoholizmu, pozostawiania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 7) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 8) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż pasażerskie licencjonowane linie lotnicze, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
 - a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
 - b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych, pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
 - 10) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: kolarstwa ekstremalnego (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), splayów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, pokonywania przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping) ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
 - 11) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
 - 12) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
 - 13) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 14) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
3. O ile odpowiednio warunki Umów Dodatkowych tak stanowią, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy.
4. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia z tytułu Umowy lub Umowy Dodatkowej w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy lub Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do przedmiotu Umowy lub Umowy Dodatkowej.

Artykuł X

Składka

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Składka płatna jest z częstotliwością miesięczną najpóźniej do pierwszego dnia okresu za który jest należna (data wymagalności składki).
3. Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo i zależy od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wieku oraz innych czynników mających wpływ na ryzyko ubezpieczeniowe.
4. Składkę uważa się za opłaconą pierwszego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą w wysokości składki.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w terminie i wysokości określonych w Dokumencie ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym 10-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
7. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony.

Artykuł XI

Prawa i obowiązki stron Umowy

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości;
 - 2) niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 3) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy;
 - 4) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 5) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
 - 6) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 7) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w Art. XIII ust. 5;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 9) udostępniania Ubezpieczającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
 - 10) potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem.

Artykuł XII

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 1), 2) przysługuje Uposażonemu, a w razie braku Uposażonych przysługuje Uposażonemu Zastępczemu z zastrzeżeniem ust. 9.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 3) - 29), 31) - 34) i 36) przysługuje Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Towarzystwo – uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy testamentowi powołani przez Ubezpieczonego a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z zastrzeżeniem ust. 9.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 30) i 35) przysługuje osobie określonej zgodnie z warunkami tych Umów Dodatkowych, z zastrzeżeniem ust. 9.
4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych/Uposażonych Zastępczych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić, składając oświadczenie. W sytuacji, gdy suma wskazań udziałów procentowych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust.4.
6. W przypadku wskazania kilku Uposażonych/Uposażonych Zastępczych, jeśli któryś z nich zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego/Uposażonego Zastępczego lub w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony/Uposażony Zastępczy nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, z zastrzeżeniem ust. 6 oraz ust. 9.
8. Za Uposażonego/Uposażonego Zastępczego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego/Uposażonego Zastępczego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
9. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia.

Artykuł XIII

Wypłata świadczenia

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do uzyskania świadczenia składa do Towarzystwa wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych dotyczących śmierci Ubezpieczonego Uposażony/Uposażony Zastępczy składa do Towarzystwa:
 - 1) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego/Uposażonego Zastępczego;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) na wniosek Towarzystwa, inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia.

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

Artykuł XIV

Umowy Dodatkowe

O ile 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 świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 - 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej 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. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
3. W przypadku zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej 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 zasadności roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 - 3 oraz ust. 4 pkt 3), 4).

5. Prawo do świadczenia przysługuje jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny powodujący śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia wypadku komunikacyjnego;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

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

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

4. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu.
2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 4) – 7).
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
5. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu oraz trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
7. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub jednym udarem mózgu.
8. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
9. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po zawałe serca lub udarze mózgu.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
11. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

12. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
13. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków zawału serca lub udaru mózgu przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

5. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
 - 2) **zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 3) **skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 4) **rana** – uszkodzenie pełnej grubości skóry, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego poprzez założenie szwów, klamer, plastrów chirurgicznych (Steri – Strip) lub zastosowanie kleju tkankowego. Definicja nie obejmuje ran powstałych w wyniku zamierzonego działania leczniczego oraz będących efektem samookaleczenia.
2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku złamania, zwichnięcia, skręcenia lub rany wskutek nieszczęśliwego wypadku który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręczeniami, ranami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwichnięcie, skręcenie, ranę u Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, skręcenie, zwichnięcie lub ranę nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręczeniem, zwichnięciem lub raną.

6. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Załączniku nr 2 do OWU.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) - 8), 13) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem niniejszej Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby wskazanej w Załączniku nr 2 do OWU, lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 4, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Załączniku nr 2 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Załączniku nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
7. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 9.
9. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

7. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru mózgu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpił w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 3.
3. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 2, których następstwem jest wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w niniejszej Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
4. Z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
5. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu zawału serca lub udaru mózgu odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
6. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu jest konsekwencją okoliczności wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) – 8).
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 9.
9. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

8. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – 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. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
 Definicja nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych;
 - b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
 - 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie powodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
Definicja nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych;
 - b) hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC
2. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworów złośliwych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli Nowotwór Złośliwy powstał w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 3, których następstwem jest wystąpienie Nowotworów złośliwych, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie Nowotworów złośliwych;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie Nowotworów złośliwych zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie Nowotworów złośliwych a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.

5. Z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego inwazyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej – w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
 - 2) świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej – w przypadku rozpoznania nowotworu o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazany w pkt 5 ppkt 1) oraz nowotworów ośrodkowego układu nerwowego wg Klasyfikacji Chorób dla Onkologii WHO, z zastrzeżeniem pkt. 6 i 7.
6. Z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego (carcinoma in situ) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
7. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego inwazyjnego, o którym mowa w pkt. 5 ppkt 1) i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego, skutkującego wystąpieniem wyższego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 8.
8. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Nowotworu złośliwego dla Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Nowotworu złośliwego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
9. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa z tej Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Nowotwór złośliwy jest konsekwencją okoliczności wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) – 8).
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 12.
12. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

9. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt 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.
2. 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.
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 pobytu z zastrzeżeniem pkt 13.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 2 i 3, 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.
5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, a w przypadku o którym mowa w pkt 1 ppkt 2) - w dniu początku ochrony z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) - 8), 12) – 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu),
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany pęci) z wyjątkiem:
 - operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - operacji profilaktycznej u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.

10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
11. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
12. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
13. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 2.
14. 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.
15. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

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

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu z zastrzeżeniem pkt 5.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1, 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 nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11).
8. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu 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. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
11. 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.
12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

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

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
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 niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu niniejszej 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, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 3), 4), 7), 15).

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

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej 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 niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 4), 6) - 8).
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu niniejszej 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, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

13. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
 - 2) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - 3) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – 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. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
 Definicja nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych;
 - b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).
 - 4) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie powodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
Definicja nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych;
 - b) hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC.
2. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy zdiagnozowany w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy 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.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 6), 7).
7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu niniejszej 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, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

9. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw zachorowania na nowotwór złośliwy zdiagnozowany w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

14. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym, który rozpoczął się w ciągu 14 dni po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub udarem mózgu.
2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu pobytu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym:
 - 1) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3),
 - 2) zawał serca lub udar mózgu powodujące pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) – 7), 12), 13).
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii skierowania na rehabilitację.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej 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) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) 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 niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia w przypadku wykonania operacji chirurgicznej, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

16. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego onkologicznego u Ubezpieczonego

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego u Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) chemioterapii;
 - 2) radioterapii.
2. W przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego u Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym u Ubezpieczonego, spośród wymienionych w ust. 1.
4. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego chemioterapię albo radioterapię.
5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:

- 1) które zostało zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) które było następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Jeżeli stany chorobowe o których mowa w pkt 5 ppkt 2) zostały ujawnione lub były leczone w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej 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.
- Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
7. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
 8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
 9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

17. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego kardiologicznego u Ubezpieczonego

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego u Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) ablacji;
 - 2) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 3) wszczepienia rozrusznika serca;
2. W przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego u Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu:
 - 1) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, rozrusznika serca;
 - 2) wykonania ablacji.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym u Ubezpieczonego, spośród wymienionych w ust. 1.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) które było następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli stany chorobowe o których mowa w pkt 4 ppkt 2) zostały ujawnione lub były leczone w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyny leczenia specjalistycznego zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
6. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

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

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, o ile koszty te nie zostały pokryte z innych źródeł.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
3. Zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawionym przez lekarza.

5. Jeżeli koszty zostały poniesione w innej walucie niż złotych polskich, refundacja realizowana jest w złotych polskich według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i są realizowane maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia z niniejszej Umowy Dodatkowej.

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

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe z tytułu:
 - 1) udzielenia pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
 - 2) pobytu w szpitalu, przeprowadzenia badań diagnostycznych, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - 3) nabycia leków i środków opatrunkowych związanych z leczeniem nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) przewozu Ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia samodzielne dotarcie do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że koszty zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia.
6. Jeżeli koszty zostały poniesione w innej walucie niż złotych polskich, refundacja realizowana jest w złotych polskich według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i są realizowane maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia z niniejszej Umowy Dodatkowej.

20. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje refundację następujących zabiegów:
 - 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza lub fizjoterapeutę jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych, przeprowadzone w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych, które zostały zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3.
4. W przypadku, gdy rehabilitacja realizowana była w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w placówce rehabilitacyjnej, tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
5. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
6. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej.
7. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 3 i 9.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 16), 17) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w związku z rehabilitacją.
9. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym. Łączna wysokość świadczeń nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej Umowy Dodatkowej.

21. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera

1. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 1 i odnoszących się do Współmałżonka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 5), 7), 9).

22. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3 i odnoszących się do Współmałżonka.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

- 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 5), 7), 9).

23. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. W przypadku śmierci Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej 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. IX ust. 1 i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 12).

24. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej 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. IX ust. 2 pkt 1) - 6), 9) - 11) oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 7), 12).

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

26. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
 - 2) **zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 3) **skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.
2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia w przypadku urazu powodującego złamanie, zwichnięcie lub skręcenie wskutek nieszczęśliwego wypadku który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręczeniami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręczeniem, lub zwichnięciem,
 - 2) leczenie urazu wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i było połączone z dalszym leczeniem oraz wymagało co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a w przypadku urazu narządu ruchu na zlecenie lekarza narząd ruchu został trwale

unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnierz ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni, lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwichnięcie lub skręcenie u Dziecka nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w IX ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8).

27. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku nr 5 do OWU chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej, w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w Załączniku nr 5 do OWU.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5) – 8), 13) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem niniejszej Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 5 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Dziecka, jeśli poważne zachorowanie jest następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, o których mowa w pkt 4, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Załączniku nr 5 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Dziecka, ujawniły się 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 u Dziecka a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wymienionego i zdefiniowanego w Załączniku nr 5 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
7. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 9.
9. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

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

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który trwał nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni i który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkowej i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Dziecka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 3.
3. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku pobytu Dziecka na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 3 i 4, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 5), 7), 12) – 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) – 6), pkt 9) – 11) lub

- 3) pobyt Dziecka w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lub
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci), z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie.
9. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Dziecka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
10. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
11. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
12. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, pościem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
13. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
14. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8), 15).
15. Jeżeli okres pobytu Dziecka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu Dziecka w szpitalu.

29. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu uległo Dziecko.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe w trakcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w związku z:
 - 1) udzieleniem pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej Dziecku;
 - 2) pobytem w szpitalu, przeprowadzeniem badań diagnostycznych, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych) Dziecka;
 - 3) nabyciem lekarstw i środków opatrunkowych związanych z leczeniem nieszczęśliwego wypadku Dziecka;
 - 4) przewozem Dziecka do szpitala lub ambulatorium, jeżeli stan zdrowia Dziecka uniemożliwia samodzielne dotarcie do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i ust. 3.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku Dziecka, pod warunkiem że koszty zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Dziecko (bądź opiekuna prawnego Dziecka) za wydatki poniesione w związku z procesem leczenia.
6. Jeżeli koszty zostały poniesione w innej walucie niż złotych polskich, refundacja realizowana jest w złotych polskich według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i są realizowane maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia z Umowy Dodatkowej.

30. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

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

31. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
2. W przypadku przysposobienia Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dacie przysposobienia Dziecka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 8), 13).

32. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. W przypadku urodzenia Dziecka martwego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
2. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 8), 18).

33. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodziców w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa określoną w Art. IX ust. 2 pkt 1 i odnoszącą się do Rodziców.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna/Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec/matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca/matki.
4. Z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodziców Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 10).

34. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów albo rodziców Partnera

1. W przypadku śmierci Teściów w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
2. Wszystkie postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Teścia nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. IX ust. 2 pkt 1 i odnoszących się do Teściów.
4. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, o ile Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna/Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec/matka Współmałżonka nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca/matki Współmałżonka.
6. Z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 5) - 7), 11).

35. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
 - 5) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
 - 6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z CPG;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony lub Współubebezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 10) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 11) **opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
 - 12) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
 - 13) **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski lub polski – kraju spoza Unii europejskiej, działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, poradni i przychodni przyszpitalnych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, hospicjum, szpitala uzdrowiskowego, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej - o ile wynika to zakresu usługi opisanego w niniejszej Umowie Dodatkowej, opieki nad ludźmi lub zwierzętami, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt 6;
 - 15) **Współubebezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym;
 - 16) **zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubebezpieczonych.
3. W ramach niniejszej Umowy Dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w pkt 6.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
6. Zakres odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
 - 1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP:
 - a) wizyta lekarza – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 2 razy w roku polisowym w razie nagłego zachorowania i maksymalnie 4 razy w roku polisowym w razie nieszczęśliwego wypadku;
 - b) wizyta pielęgniarki - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - c) dostawa leków - CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - d) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego - CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - e) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego - jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - f) transport medyczny - CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;
 - ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
 Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
 - g) pomoc domowa po hospitalizacji - jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - h) organizacja procesu rehabilitacyjnego - CPG organizuje oraz pokrywa koszty rehabilitacji Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na zlecone przez lekarza zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższego miejsca zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - i) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną - jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielną, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń, do wysokości 500 PLN na zdarzenie:
 - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną - CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - transport Dziecka lub osoby niesamodzielną do osoby wskazanej do opieki - CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielną z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;
 - transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną - CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
 - 2) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - 3) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów - CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - 4) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad Zwierzętami domowymi jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. CPG zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania polegającej na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
 - 5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - a) osobisty asystent - na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
 - telefoniczna konsultacja z lekarzem - CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;

- organizacja wizyty u lekarza specjalisty - jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala - jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w pkt 6 ppkt 1) lit. f), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
- b) infolinia medyczna - CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu informacji. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu następujące informacje:
- baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych;
 - baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju;
 - baza danych placówek opieki społecznej;
 - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) - w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
 - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - informacja o ciąży;
 - informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - profilaktyka zachorowań na grypę.
- 6) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium RP:
- a) wizyta lekarza - CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie roku polisowego do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
 - b) wizyta pielęgniarki - CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG;
 - c) transport medyczny - CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG;
 - d) transport medyczny powrotny - CPG organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi - CPG organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony bądź Współubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f) przekazywanie informacji - jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń w lit. b) - e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
7. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
8. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w pkt 6 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisowym, chyba że w opisie świadczenia w pkt 6 taki limit zostanie wskazany.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek:
- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 4) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - 5) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;

- 6) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania ma pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
 - 11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
 - 12) chorób przewlekłych;
 - 13) uprawianiem przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekką atletyką i pływaniami.
10. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
- 1) w przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług wskazanych w pkt 6, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
 - 2) Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub Współubezpieczonym;
 - f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
 - 3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony lub Współubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
 - 4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ppkt 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG uniemożliwiającą organizację świadczeń, CPG może odmówić organizacji świadczeń.
11. Refundacje:
- 1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
 - 2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
 - 3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
 - 4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
 - 5) Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ppkt 3) refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3).

36. Assistance Onkologiczny

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”);
 - 2) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 2 doby, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
 - 3) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 4) **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez konsultanta Centrum Pomocy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej;
 - 5) **Guz wewnątrzczaszkowy, łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - jego istnienie zagraża życiu;
 - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji, powoduje trwałe ubytki neurologiczne;
 - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych.
 Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
 - guzy przysadki mózgowej;
 - naczyniaki.
 - 6) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego w Dokumencie ubezpieczenia adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 7) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) lub łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
 - 8) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – 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. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
 Definicja nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych;
 - b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
 - 9) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
 Definicja nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych;
 - b) hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - 10) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 11) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zachorowaniem przez Ubezpieczonego na Nowotwór.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w pkt. 4 z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony.
 4. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu:
 - 1) Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem:
 - a) Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z Lekarzem.
 - b) Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje konsultacja telefoniczna z Lekarzem albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem, zgodnie z wyborem Ubezpieczonego.
 - c) Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Ubezpieczony może przesłać Lekarzowi drogą mailową albo w inny uzgodniony sposób, dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia.
 - d) Lekarz, po przeprowadzonej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej, może przesłać Ubezpieczonemu, drogą mailową albo w inny uzgodniony z nią sposób, recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone podczas konsultacji badania.
 - 2) Pomoc onkopsychologa:
 - a) Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego u onkopsychologa.
 - 3) Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji:
 - a) W przypadku gdy Ubezpieczony, był hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje opieki pielęgniarskiej po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po Hospitalizacji.
 - b) Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, zastrzyków
 - podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Lekarza Ubezpieczonego;
 - wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia i tętna – zgodnie z zaleceniem Lekarza Ubezpieczonego.
 - 4) Pomoc domowa po Hospitalizacji:
 - a) W przypadku gdy Ubezpieczony, był hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje pomocy w domu po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w jej miejscu zamieszkania.
 - b) Zakres świadczenia pomocy domowej po Hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem,
 - zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej;
 - przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków);
 - robienie zakupów, niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności, w miejscach wskazanych przez Ubezpieczonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż 50 km od jej Miejsca zamieszkania; robienie zakupów nie obejmuje pokrycia kosztów tych zakupów;
 - podlewanie kwiatów;
 - wyrzucanie śmieci.
 - 5) Transport medyczny:

- a) W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Ubezpieczonego z jego Miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia jej pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Ubezpieczonego do jej Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego.
 - b) Centrum Pomocy nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku Centrum Pomocy wyjaśni Ubezpieczonemu przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z nią sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
 - c) Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji z Lekarzem konsultantem, uwzględniając stan zdrowia Ubezpieczonego, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
 - d) W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Centrum Pomocy dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia.
- 6) Konsultacja dietetyka:
- a) W przypadku gdy zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza istnieje konieczność konsultacji dietetyka, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej).
- 7) Dostarczenie leków:
- a) W przypadku gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Ubezpieczonego do wskazanego przez nią miejsca.
 - b) Świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów tych leków.
- 8) Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego:
- a) W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami Lekarza, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Ubezpieczonemu do jego Miejsca zamieszkania, sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu tej osoby do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem.
 - b) Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- 9) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy:
- a) W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami Lekarza Centrum Pomocy, powstanie konieczność używania przez Ubezpieczonego peruki lub protezy, Centrum Pomocy zorganizuje i dofinansuje zakup zaleconej peruki lub protezy.
- 10) Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji:
- a) Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje jej transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
- 11) Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia:
- a) Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w trakcie jego leczenia.
- 12) Druga krajowa opinia medyczna:
- a) W ramach drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Pomocy zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Ubezpieczonemu i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta będącego specjalistą w danej dziedzinie, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
 - b) Pisemna opinia, o której mowa w ppkt a), dotyczy diagnozy stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz sposobu leczenia, na podstawie dostarczonej przez nią dokumentacji i zawiera:
 - opis historii choroby Ubezpieczonego;
 - opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta;
 - informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
 - c) W celu realizacji świadczenia konieczne jest przekazanie przez Ubezpieczonego do Centrum Pomocy pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego. W przypadku nieprzekazania przez nią kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana.
 - d) Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
- 13) Druga zagraniczna opinia medyczna:
- a) Ubezpieczonemu przysługuje opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie.
 - b) Opinia, o której mowa w ppkt a), uzyskiwana jest w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego wystąpił Nowotwór, który został poddany diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia.
 - c) Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego następujących informacji:
 - czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie;
 - czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie.
 - d) Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji lekarza wybranego przez Centrum Pomocy na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego).
- 14) Organizacja procesu leczenia:
- a) Ubezpieczonemu przysługuje organizacja procesu leczenia mająca na celu wykonanie zaleceń drugiej opinii medycznej, o której mowa w ppkt 12) i 13), obejmująca:
 - analizę przypadku;
 - koordynację i wsparcie podczas realizacji indywidualnego planu leczenia;
 - zakończenie indywidualnego planu leczenia.
- 15) Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego:

- a) Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza (badania genetyczne, morfologia, cytologia, PSA).
- 16) Badanie PET (pozytonowa tomografia emisyjna) - Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty badania zgodnie z zaleceniem Lekarza Ubezpieczonego.
- 17) Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach:
- a) Centrum Pomocy oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Ubezpieczonemu ogólnej informacji na temat:
- placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarza tej osoby;
 - zasad występowania o opiekę hospicyjną;
 - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych;
 - fundacji onkologicznych.
5. Usługi medycznego assistance udzielane są do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance obowiązujące w okresie ubezpieczenia i odnawialne, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy
Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem	Tak	Tak	2 konsultacje
Pomoc onkopsychologa	Tak	Tak	5 wizyt, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji	Tak	Tak	3 wizyty, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 300 zł
Pomoc domowa po Hospitalizacji	Tak	Tak	10 godzin (maksymalnie 4 godziny dziennie), do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Transport medyczny	Tak	Tak	2 razy do maksymalnie 350 km na każdy transport, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Konsultacja dietytyka	Tak	Tak	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Dostarczenie leków	Tak	Tak	5 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dostawa sprzętu Rehabilitacyjnego	Tak	Tak	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy	Tak	Tak	Do kwoty nieprzekraczającej 5 000 zł
Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji	Tak	Tak	10 dni zabiegowych, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 500 zł
Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia	Tak	Tak	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Druga krajowa opinia medyczna	Tak	Tak	1 raz do 5 000 zł łącznie dla krajowej i zagranicznej opinii medycznej
Druga zagraniczna opinia zagranicznej opinii medycznej medyczna	Tak	Tak	1 raz do 5 000 zł łącznie dla krajowej i zagranicznej opinii medycznej
Organizacja procesu leczenia po Drugiej opinii medycznej	Tak		1 raz
Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego	Tak	Tak	1 raz
Badanie PET	Tak	Tak	1 raz, do kwoty nieprzekraczającej 6 000 zł
Nielimitowane Usługi medycznego assistance			
Infolinia medyczna			

6. W przypadku przekroczenia limitu kwotowego nadwyżka ponad limit pokrywana jest przez Ubezpieczonego.
7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
9. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
- 1) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, istniejących lub zdiagnozowanych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;

- 3) helioterapii lub zabiegów zaleconych Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ze wskazań estetycznych;
- 4) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego;
- 5) leczenia przez Lekarza będącego członkiem rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 6) wypadków Ubezpieczonego wynikających z zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;
- 7) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Pomocy.
10. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia oraz transportu w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
11. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w pkt 4, Ubezpieczony zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w certyfikacie. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
12. W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 6) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
13. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązana jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
14. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w pkt 12 lub 13 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

Artykuł XV

Skargi i zażalenia

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia („Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia („reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej - osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo wysłane za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13;
 - 2) ustnie - telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

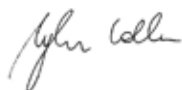
Artykuł XVI

Postanowienia końcowe

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w Art. XV.

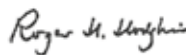
5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
9. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
10. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia na Życie stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
11. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

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

Rodzaj uszkodzeń ciała		% uszczerbku na zdrowiu	
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	1-10	
b.	oskalpowanie		
	– u mężczyzn	5	
	– u kobiet	25	
2)	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10	
3)	Ubytek w kościach czaszki:		
a.	o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7	
b.	o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.			
4)	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15	
5)	Porażenia i niedowłady połowiczne:		
a.	porażenie połowiczne lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100	
b.	głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80	
c.	średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60	
d.	niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35	
e.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
	– kończyna górna – wg skali Lovett'a		
	0°	40	30
	1 – 2°	30-35	20-25
	3 – 4°	5-25	5-15
	– kończyna dolna – wg skali Lovett'a		
	0°	40	
	1 – 2°	30	
	3 – 4°	5-20	
6)	Zespoły pozapiramidowe:		
a.	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100	
b.	zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80	
c.	zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30	
7)	Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a.	zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b.	utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80	
c.	miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60	
d.	dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25	

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

8) Padaczka:

a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30

Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.

9) Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):

a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70

Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.

10) Nerwice:

a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30

11) Zaburzenia mowy:

a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agramią i aleksją	80
b. afazja całkowita motoryczna	60
c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d. afazja nieznacznego stopnia	10-20

12) Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)

a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30

13) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:

a. nerwu okoruchowego:	
– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b. nerwu błotkowego	3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5

14) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia

5-20

15) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzeciowego – w zależności od stopnia uszkodzenia

5-20

Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzeciowego 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	1-10
b. oszpeczenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60

20) Uszkodzenia nosa:

a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

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

C. Uszkodzenia narządu wzroku

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

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: Ostrość wzroku 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

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyńówki jednego oka			
b. zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego			wg tabeli z p.27a
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 ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%
33) Połowicze niedowidzenia:			
a. dwuskroniowe			60
b. dwunosowe			30
c. jednoimienne			25
d. jednoimienne górne			10
e. jednoimienne dolne			40
34) Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
a. w jednym oku			25
b. w obu oczach			40
35) Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:			
a. w jednym oku			10
b. w obu oczach			30
36) Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
a. w jednym oku			5-10
b. w obu oczach			10-15
37) Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38) Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39) Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia			50-100
40) Zaćma urazowa			wg tabeli z p.27a
41) Przewlekłe zapalenie spojówek			1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).				
Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

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

D. Uszkodzenia narządu słuchu – ciąg dalszy

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

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

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

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

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

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

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa – ciąg dalszy

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

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa

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

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

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

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

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

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

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy

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

K. Uszkodzenia miednicy

95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a. niewielkiego stopnia	1-10
b. dużego stopnia	10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
b. w odcinku przednim i tylnym	15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:	
a. zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
b. zwichnięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
c. zwichnięcie III° – duże zmiany	20-35
d. zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.	
98) Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	

L. Uszkodzenia kończyny górnej**Prawa Lewa**

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

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

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

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

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródreżca	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródreżca	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137) Utraty w obrębie palca wskazującego		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródreżca	17-23	15-20
138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% a dla lewej 50%.		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

142) Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-25
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi	

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

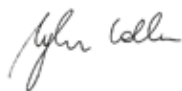
M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

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

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

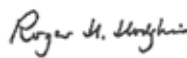
Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca załącznik do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 5/2025 od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

ZAŁĄCZNIK NR 2 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

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

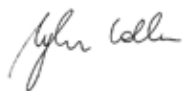
Lp.	Poważne zachorowanie	
1	anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów: - przetaczanie preparatów krwiopochodnych; - podawanie preparatów stymulujących szpik kostny; - podawanie preparatów immunosupresyjnych; - przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
2	guz wewnątrzczaszkowy/ łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki: a) wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWU); b) jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa) Definicja nie obejmuje: a) torbieli; b) ziarninaków; c) malformacji naczyniowych; d) krwinków; e) ropni; f) guzów rdzenia kręgowego; g) guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm.
3	leczenie operacyjne choroby wieńcowej (bypass)	Operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Termin nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
4	niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki.
5	nowotwór złośliwy inwazyjny	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. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów: a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne; b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem; c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje wyłącznie pierwszorazowe zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego. Definicja nie obejmuje: a) nowotworów łagodnych; b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC; c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC; d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC; e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).
6	ciężkie oparzenia	Uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące: a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, lub b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera lub regułę „dziewiątek” Wallace’a.

7	operacja aorty brzusznej	Laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty brzusznej bez jej odgałęzień, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty brzusznej oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego.
8	operacja aorty piersiowej	Torakotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty piersiowej bez jej odgałęzień, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty piersiowej oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego.
9	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 specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym.
10	przeszczep dużych narządów	Przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych.
11	udar mózgu	Nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności: a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu; b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny; c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym); d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia. Termin nie obejmuje: a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA); b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci; c) objawów mózgowych spowodowanych migreną; d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem; e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego.
12	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.
13	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 preparatów krwiopochodnych; - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii; - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi; - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium. Terminy nie obejmują przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub w wyniku dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich badań krwi Ubezpieczonego i musi mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.
14	zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową	Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że: - do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/dentysta, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant; - wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie ubezpieczenia i został zgłoszony do Towarzystwa w terminie 7 dni wraz z wynikiem testu w kierunku HIV wykonanego po wypadku; - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po wypadku; - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium. Terminy nie obejmują przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub w wyniku dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich badań krwi Ubezpieczonego i musi mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.

15	zawał serca	Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia serca; b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST- T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa); c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych; d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.
----	-------------	--

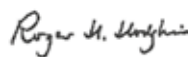
Niniejszy Katalog poważnych zachorowań stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 5/2025 od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

ZAŁĄCZNIK NR 3 KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Lp.	Nazwa operacji	Kategoria
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO		
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	B
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	D
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 nerwu czaszkowego (odcinek wewnątrzczaszkowy)	B
11	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	B
19	Operacja naprawcza opony twardej	A
20	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	D
25	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
26	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	D
27	Wycięcie nerwu obwodowego	D
28	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
30	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
31	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
32	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	D
33	Biopsja stereotaktyczna mózgu	D
34	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	B
35	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	C
36	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	C
37	Kraniotomia z usunięciem ciała obcego z czaszki	C
38	Wycięcie zmiany w obrębie pnia mózgu	B
39	Usunięcie zmiany w obrębie mózdzku	B
40	Sympatektomia szyjna	C
41	Sympatektomia lędźwiowa	D
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
42	Całkowite wycięcie tarczycy (tyroidektomia)	D

43	Częściowe wycięcie tarczycy (strumektomia)	E
44	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
45	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
46	Wycięcie przytarczyc(y)	D
47	Wycięcie grasicy	D
48	Torakoskopowe wycięcie grasicy	E
49	Wycięcie nadnercza	C
50	Obustronne wycięcie nadnerczy	B
51	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	C
52	Inne operacje nadnercza	D
53	Jednostronna całkowita amputacja sutka	D
54	Obustronna całkowita amputacja sutków	C
55	Częściowe usunięcie sutka (kwadrantektomia, BCT)	D
56	Operacje rekonstrukcyjne sutka / sutków	D
57	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	E
58	Operacje brodawki sutkowej	E
59	Wycięcie przysadki	C
60	Zniszczenie przysadki	C
61	Inne operacje przysadki	C
62	Operacje szyszynki	B
OPERACJE OKA		
63	Wypatroszenie oczodołu	B
64	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
65	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	D
66	Wszczepienie protezy oka	D
67	Rewizja protezy oka	D
68	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
69	Dekompresja oczodołu / oczodołów	D
70	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	C
71	Połączone operacje mięśni oka	C
72	Cofnięcie mięśnia oka	D
73	Wycięcie mięśnia oka	D
74	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
75	Zeszycie rogówki	E
76	Przeszczep rogówki	D
77	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D
78	Operacje odklejającej się siatkówki z kłamrowaniem	E
79	Wycięcie tęczówki	D
80	Wycięcie zmiany tęczówki	E
81	Operacje filtrujące tęczówki	C
82	Wycięcie ciała rzęskowego	D
83	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	E
84	Zewnątrztorbowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
85	Wewnątrztorbowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
86	Operacje ciała szklстого	C
87	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
89	Korekta deformacji powieki	E

90	Operacje gruczołu łzowego	E
91	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	E
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
92	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
93	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	D
94	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	D
95	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
96	Drenaż ucha środkowego	E
97	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
98	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
99	Operacja aparatu przedsionkowego	C
100	Operacja ślimaka	E
101	Wszczepienie protezy ślimaka	D
102	Amputacja (resekcja) nosa	C
103	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
104	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
105	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
106	Operacje (nieendoskopowe) komórek sitowych	D
107	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
108	Wycięcie gardła	B
109	Wycięcie zmiany gardła	E
110	Operacje naprawcze gardła	C
111	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
112	Wycięcie krtani	C
113	Wycięcie częściowe krtani	D
114	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	D
115	Odtworzenie krtani	B
116	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
117	Przeszczep krtani	A
118	Wycięcie strun głosowych	C
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
119	Częściowe wycięcie tchawicy	A
120	Operacje plastyczne tchawicy	C
121	Operacja przetoki tchawicy	C
122	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C
123	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia) (z wyłączeniem czasowej tracheostomii)	D
124	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
125	Częściowe wycięcie oskrzela	C
126	Całkowite wycięcie oskrzela	B
127	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
128	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
129	Przeszczep płuca	A
130	Całkowite wycięcie płuca	B
131	Usunięcie części płuca	D
132	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
133	Otwarte operacje śródpiersia	D
134	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E

OPERACJE JAMY USTNEJ		
135	Wycięcie języka	C
136	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
137	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia miękkiego	E
138	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia twardego	E
139	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
140	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
141	Odtworzenie innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	D
142	Wycięcie ślinianki	D
143	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	E
144	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
145	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
146	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
147	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
148	Zamknięcie przetoki ślinowej	E
149	Wycięcie jęczyzka	E
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
150	Wycięcie przełyku i żołądka	A
151	Całkowite wycięcie przełyku	A
152	Częściowe wycięcie przełyku	C
153	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
154	Zespolenie omijające przełyku	B
155	Rewizja zespolenia przełykowego	C
156	Operacja naprawcza przełyku	C
157	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
158	Nacięcie przełyku	E
159	Otwarte operacje żyłaków przełyku	C
160	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
161	Wytworzenie sztucznego przełyku	C
162	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
163	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
164	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
165	Całkowite wycięcie żołądka	A
166	Częściowe wycięcie żołądka	B
167	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C
168	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
169	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
170	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
171	Operacje wrzodu żołądka	C
172	Nacięcie odźwiernika	D
173	Zszycie pękniętej ściany żołądka	E
174	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
175	Wycięcie dwunastnicy	C
176	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
177	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
178	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
179	Zszycie pękniętej ściany dwunastnicy	E
180	Wagotomia choroby wrzodowej	D

181	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
182	Wycięcie jelita czczego	C
183	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
184	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
185	Zespolenie omijające jelito czcze	C
186	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
187	Wycięcie jelita krętego	C
188	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
189	Zespolenie omijające jelito kręte	C
190	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
191	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
192	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
193	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
194	Zszycie rozerwanego jelita cienkiego	E
195	Operacje przepukliny przeponowej	C
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
196	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
197	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
198	Usunięcie części okrężnicy	D
199	Wycięcie odbytnicy	B
200	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	D
201	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
202	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
203	Zespolenie omijające okrężnicę	C
204	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
205	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
206	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	C
207	Zszycie rozerwanego jelita grubego	E
208	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
209	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	D
210	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	D
211	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
212	Usunięcie odbytu	B
213	Operacja naprawcza odbytu	E
214	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
215	Wycięcie poprzecznicy	B
216	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
217	Wycięcie esicy	B
218	Przeszczep mięśnia smukłego	E
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
219	Przeszczep wątroby	A
220	Całkowite usunięcie wątroby	B
221	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	D
222	Usunięcie zmiany wątroby	E
223	Operacja naprawcza wątroby	B
224	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
225	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
226	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E

227	Cholecystostomia	E
228	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
229	Wycięcie przewodu żółciowego	C
230	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
231	Zespolenie przewodu wątrobowego	C
232	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
233	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
234	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
235	Operacje zwieracza Oddiego metodą otwartą	E
236	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
237	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	E
238	Wycięcie brodawki Vatera	D
239	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
240	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
241	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
242	Przeszczep trzustki	A
243	Całkowite wycięcie trzustki	B
244	Jednoczasowe wycięcie trzustki i dwunastnicy (operacja Whipple'a)	A
245	Wycięcie głowy trzustki	B
246	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	D
247	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
248	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
249	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
250	Całkowite wycięcie śledziony	D
251	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
OPERACJE SERCA		
252	Przeszczep serca i płuc	A
253	Przeszczep serca	A
254	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
255	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	B
256	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	B
257	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	C
258	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
259	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	B
260	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
261	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
262	Plastyka przedsionka serca	A
263	Walwuloplastyka mitralna	C
264	Walwuloplastyka aortalna	C
265	Plastyka zastawki trójdzielnej	C
266	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	C
267	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	C
268	Rewizja plastyki zastawki serca	C
269	Otwarta walwulotomia	A
270	Zamknięta walwulotomia	B
271	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
272	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	B
273	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem własnego naczynia	C

274	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem obcej tkanki (allograficzne)	C
275	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	C
276	Pomostowanie tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	C
277	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	C
278	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	C
279	Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa	D
280	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźoprzewodzącego serca	A
281	Wycięcie osierdza	A
282	Drenaż osierdza	B
283	Przeżycie osierdza	E
284	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
285	Operacja przetrwalego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
286	Operacje mięśni brodawkowatych serca	C
287	Operacje nici ścięgniastych serca	C
288	Operacje beleczek mięśniowych serca	D
289	Wycięcie tętniaka serca	B
290	Wszczepienie sztucznego serca	A
OPERACJE NACZYŃ KRWIONOŚNYCH		
291	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
292	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
293	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
294	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
295	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
296	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
297	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
298	Rewizja protezy aortalnej	B
299	Plastyczna operacja naprawcza aorty	B
300	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
301	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
302	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
303	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
304	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
305	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
306	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	C
307	Endarterektomia tętnicy kończyn górnych	D
308	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
309	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	C
310	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
311	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
312	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
313	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
314	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
315	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	C
316	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
317	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
318	Odtworzenie tętnicy udowej	B
319	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	D
320	Endarterektomia tętnicy kończyn dolnych	D

321	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
322	Operacje na żyłę główną	D
323	Operacje w układzie żyły wrotnej	D
324	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
325	Przeszczep nerki	A
326	Całkowite wycięcie nerki	B
327	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	A
328	Częściowe wycięcie nerki	D
329	Wycięcie zmiany w nerce	D
330	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
331	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	D
332	Nacięcie nerki	E
333	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
334	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	E
335	Wycięcie moczowodu	C
336	Częściowe wycięcie moczowodu	E
337	Odprowadzenie moczu przez przetokę	E
338	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
339	Operacja naprawcza moczowodu	D
340	Protezowanie moczowodu	E
341	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
342	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
343	Operacje ujścia moczowodu	D
344	Umocowanie moczowodu	E
345	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	B
346	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
347	Powiększenie pęcherza moczowego	B
348	Endoskopowe powiększenie pęcherza	D
349	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
350	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
351	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	D
352	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego	D
353	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
354	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
355	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
356	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	E
357	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
358	Wycięcie cewki moczowej	C
359	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
360	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
361	Operacje ujścia cewki moczowej	E
362	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	E
363	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	D
364	Usunięcie kamienia z układu moczowego	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
365	Wycięcie moszny	D
366	Obustronne wycięcie jąder	C

367	Jednostronne wycięcie jądra	E
368	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	E
369	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
370	Obustronne sprowadzenie jąder	E
371	Proteza jądra	D
372	Operacja wodniaka jądra	E
373	Wycięcie najądrza	E
374	Operacje najądrza	E
375	Wycięcie nasieniowodu	E
376	Operacja naprawcza powrózka nasienneo	D
377	Operacja żyłaków powrózka nasienneo	D
378	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
379	Amputacja prącia	C
380	Usunięcie zmiany prącia	E
381	Protezowanie prącia	D
382	Usunięcie sromu	C
383	Operacja naprawcza sromu	E
384	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
385	Wycięcie pochwy	E
386	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
387	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	E
388	Operacja plastyczna pochwy	E
389	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
390	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
391	Operacje zatoki Douglasa	E
392	Amputacja szyjki macicy	E
393	Brzuszne wycięcie macicy	C
394	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
395	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	E
396	Obustronne wycięcie przydatków macicy (jajniki i/lub jajowody)	C
397	Jednostronne wycięcie przydatków macicy (jajnik i/lub jajowód)	E
398	Częściowe wycięcie jajowodu	E
399	Implantacja protezy jajowodu	E
400	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
401	Nacięcie jajowodu	E
402	Operacje strzępków jajowodu	E
403	Częściowe wycięcie jajnika	E
404	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
405	Operacja naprawcza jajnika	E
406	Operacje więzadła szerokiego macicy	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
407	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
408	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
409	Otwarte wycięcie opłucnej	B
410	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
411	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
412	Operacja przepukliny przeponowej	D
413	Plikacja przepony	D

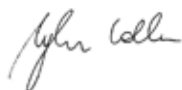
414	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
415	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
416	Operacja przepukliny pępkowej	E
417	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
419	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
421	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
422	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	D
423	Otwarty drenaż otrzewnej	C
424	Operacje sieci większej	C
425	Operacje krezki jelita cienkiego	C
426	Operacje krezki okrężnicy	C
427	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
428	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
429	Przeszczep powięzi	E
430	Wycięcie powięzi brzucha	E
431	Wycięcie innej powięzi	E
432	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
433	Rozdzielenie powięzi	E
434	Uwolnienie powięzi	E
435	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
436	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
437	Przemieszczenie ścięgna	E
438	Wycięcie ścięgna	E
439	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	E
440	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
441	Zmiana długości ścięgna	E
442	Wycięcie pochewki ścięgna	E
443	Przeszczep mięśni	C
444	Wycięcie mięśnia	E
445	Operacja naprawcza mięśnia (z wyłączeniem prostego szycia mięśnia)	E
446	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
447	Operacje kaletki maziowej	E
448	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
449	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
450	Operacje przewodu limfatycznego	B
451	Operacje kieszonki skrzelowej	D
452	Wycięcie torbieli bocznej szyi	D
453	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
454	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
455	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	E
456	Przeszczep skóry owłosionej w obrębie czaszki	E
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
457	Plastyka czaszki	D
458	Otwarcie czaszki	C
459	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	E
460	Wycięcie kości twarzoczaszki	D

461	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	E
462	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	C
463	Nastawienie złamania innej kości twarzy metodą otwartą	D
464	Rozdzielenie kości twarzy	D
465	Stabilizacja kości twarzy	D
466	Przeszczep kostny kości twarzy	C
467	Całkowite wycięcie żuchwy	B
468	Częściowe wycięcie żuchwy	E
469	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
470	Rozdzielenie żuchwy	B
471	Stabilizacja żuchwy	C
472	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
473	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	C
474	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	C
475	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
476	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	D
477	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
478	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	D
479	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
480	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
481	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
482	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	D
483	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	C
484	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
485	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
486	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	D
487	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	B
488	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	C
489	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	C
490	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	C
491	Wycięcie zmiany kręgosłupa	D
492	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
493	Stabilizacja złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
494	Całkowite wycięcie kości	D
495	Usunięcie fragmentu kości	D
496	Wycięcie kości ektopowej	E
497	Wycięcie zmiany w obrębie kości	E
498	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
499	Rozdzielenie trzonu kości	D
500	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
501	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	D
502	Drenaż kości	E
503	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
504	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	E
505	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	E
506	Rozdzielenie kości stopy	D
507	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	E
508	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	E

509	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	B
510	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
511	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	C
512	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	D
513	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
514	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
515	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
516	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
517	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	D
518	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	D
519	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
520	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
521	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
522	Replantacja kciuka	D
523	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
524	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	D
525	Replantacja kończyny dolnej na wysokości st skokowego	D
526	Replantacja innego organu	E
527	Wszechpienie protezy kończyny	C
528	Transplantacja międzyukładowa	C
529	Przeszczep całej twarzy	A
530	Amputacja w zakresie ramienia	C
531	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
532	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
533	Amputacja kciuka	E
534	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	B
535	Amputacja nogi na poziomie uda	C
536	Amputacja nogi na poziomie podudzia	D
537	Amputacja stopy	D
538	Amputacja palucha	E
539	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	B
540	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D

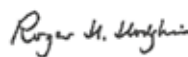
Niniejszy Katalog operacji chirurgicznych stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 5/2025 od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

ZAŁĄCZNIK NR 4

TABELA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

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

1) PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

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

27	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modułarnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modułarnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
31	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem
Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn górnych	
35	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36	Pończochy kikutowe – przy amputacji przedramienia
37	Pończochy kikutowe – przy amputacji ramienia
38	Pończochy kikutowe – przy pełnej amputacji kończyny górnej
Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne	
39	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo puszczelowa
42	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciąganiem sprężynowym lub bez
43	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
46	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętku obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciąganiem stopy
47	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
48	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
49	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzępkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
51	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
52	Aparat na goleń i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53	Aparat DAFO
54	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
57	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
58	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59	Aparat rotujący stopę jednoszynowy sprężynowy
60	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez
Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne	
63	Pas biodrowy z szyną
64	Niski kosz biodrowy z szyną biodrową
65	Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową
Aparaty ortopedyczne na kończyny górne	
66	Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela

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

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

Gorsety i kołnierze ortopedyczne

156	Gorset szkieletowy (Calota)
157	Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
158	Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem
159	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
160	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
161	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
162	Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzanym albo z koszem z tworzywa sztucznego
163	Gorset korekcyjny do leczenia skolioz
164	Prostotrzymacz wg Hohmanna
165	Prostotrzymacz wg Taylora
166	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
167	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
168	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
169	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
170	Półgorsetowa orteza szyjna
171	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
172	Kołnierz pneumatyczny
173	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
174	Kołnierz „Florida”
175	Kołnierz Schantza miękki
176	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)

Ortezy tułowia i szyi

177	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
178	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
179	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
180	Prostotrzymacz wg Hohmanna
181	Prostotrzymacz wg Taylora
182	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
183	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
184	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
185	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
186	Pas na rozejście spojenia łonowego
187	Półgorsetowa orteza szyjna
188	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
189	Kołnierz pneumatyczny
190	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
191	Kołnierz „Florida”
192	Kołnierz Schantza miękki
193	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
194	Kołnierz na kręcz karku
195	Pelota korekcyjna na łopatkę
196	Prostotrzymacz na kręć klatkę piersiową

Obuwie ortopedyczne

197	Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu
198	Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej
199	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200	Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemieniem do buta albo do sandała

Kule i laski inwalidzkie

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

Balkoniki i podpórki do chodzenia

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

Wózki inwalidzkie

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

Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione

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

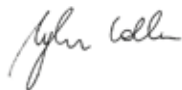
2) ŚRODKI POMOCNICZE**Lp. Wyszczególnienie**

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

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

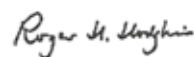
Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowiąca załącznik do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 5/2025 od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

ZAŁĄCZNIK NR 5 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA

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

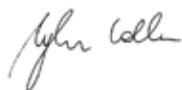
Lp.	Poważne zachorowanie	
1	anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów: - przetaczanie preparatów krwiopochodnych; - podawanie preparatów stymulujących szpik kostny; - podawanie preparatów immunosupresyjnych; - przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
2	bakteryjne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych	Ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania.
3	choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)	Ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio, przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/ lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego.
4	cukrzyca typu I	Choroba spowodowana niszczeniem komórek β trzustki przez proces autoimmunologiczny, prowadzący do bezwzględnego niedoboru insuliny. Wymagane jest potwierdzenie obecności przeciwciał przeciwwyspowych (przeciwko antygenom komórek β) i przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD65) oraz konieczność leczenia insuliną.
5	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.
6	guz wewnątrzczaszkowy /łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki: a) wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWU); b) jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa) Definicja nie obejmuje: a) torbieli; b) ziarninaków; c) malformacji naczyniowych; d) krwaków; e) ropni; f) guzów rdzenia kręgowego; g) guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm.
7	niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Dziecka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki.
8	niewydolność wątroby	Końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów: a) trwała żółtaczka; b) wodobrzusze; c) encefalopatia wątrobowa; d) żylaki przełyku; e) zaburzenia krzepnięcia. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child – Pugh. Termin nie obejmuje: a) przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child – Pugh; b) chorób wątroby spowodowanych alkoholem lub nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych.

9	nowotwór złośliwy inwazyjny	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. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów: a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne; b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem; c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje wyłącznie pierwszorazowe zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Dziecka. Definicja nie obejmuje: a. nowotworów łagodnych; b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC; c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC; d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC; e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).
10	ciężkie oparzenia	Uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące: a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, lub b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera lub regułę „dziewiątek” Wallace’a.
11	paraliż	Całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 180 dni od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa.
12	piorunujące (nadostre) wirusowe zapalenie wątroby	Masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków: a. szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby; b. martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe; c. szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby; d. narastanie żółtaczki. Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych przez alkohol, leki lub inne substancje chemiczne.
13	poważny uraz głowy	Uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych.
14	przeszczep dużych narządów	Przeszczepienie Dziecku, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych.
15	stwardnienie rozsiane	Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyń, 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	tężec	Choroba zakaźna wywołana przez produkującą neurotoksynę Gram dodatnią bakterię – laseczkę tężca (<i>Clostridium tetani</i>), przebiegająca z objawami ze strony układu nerwowego i mięśniowego i wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.
18	utrata kończyn	Całkowita fizyczna 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 mowy	Trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
20	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.
21	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.
22	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.
23	zapalenie mózgu	Stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania.

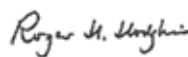
Niniejszy Katalog poważnych zachorowań Dziecka stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 5/2025 od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

Generali Życie T.U. S.A.
ul. Senatorska 18
00-082 Warszawa
generali.pl

