
Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji
Grupowego Ubezpieczenia na Życie



Obowiązuje od 15 października 2015 roku

generali.pl



Spis treści

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NR 4/2015

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. **akt terroryzmu** – użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych;
2. **data początku ochrony** (odpowiedzialności Towarzystwa) – data zaksięgowania pierwszej składki na rachunku Towarzystwa lub pierwszy dzień po ustaniu ochrony w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia o ile 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;
3. **Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie osiągnęło wieku 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
4. **Konkubent** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Konkubenta oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu klauzul dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Konkubenta – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
5. **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;
6. **miesiąc polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;
7. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle;
8. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
9. **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;
10. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki;
11. **okres ubezpieczenia** – wskazany w polisie okres, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia;
12. **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 jego wypisania ze szpitala;
13. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
14. **poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań;
15. **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);
16. **rocznica Polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
17. **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;
18. **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami Polisy. Pierwszy rok polisowy zaczyna się od daty początku okresu ubezpieczenia;
19. **składka** – kwota określona w Polisie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, należna w danym okresie rozliczeniowym;
20. **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
21. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem 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 pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

22. **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 oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
23. **termin należności składki** – 26. dzień miesiąca polisowego poprzedzającego okres, w którym ma być udzielona ochrona ubezpieczeniowa przez Towarzystwo;
24. **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;
25. **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;
26. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna zawierająca Umowę i zobowiązana do opłacania składek;
27. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wymieniona imiennie w Polisie na rzecz której zawarta jest Umowa;
28. **Umowa Dodatkowa** – umowa, o którą może zostać rozszerzony zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej;
29. **Umowa Podstawowa** – umowa, w ramach której zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje śmierć Ubezpieczonego;
30. **Uposażony** – osoba lub inny podmiot wskazany na piśmie lub elektronicznie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
31. **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;
32. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
33. **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.

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) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I;
 - 5) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 6) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 8) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 9) refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) śmierć Współmałżonka;
 - 12) śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 13) śmierć Dziecka;
 - 14) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 15) osierocenie Dziecka;
 - 16) urodzenie Dziecka;
 - 17) urodzenie Dziecka martwego;
 - 18) śmierć Rodziców;
 - 19) śmierć Teściów;
 - 20) pomoc medyczna.
4. Zakres Umowy dla Ubezpieczonego wskazany jest w Polisie.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w Polisie, 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 w terminie należności składki. Opłacenie pierwszej składki jest równoznaczne z zaakceptowaniem propozycji Towarzystwa.
2. Umowa zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
3. Umowę zawiera się na okres jednego roku, liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, chyba że Ubezpieczający złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres w terminie 30 dni przed dniem upływu okresu ubezpieczenia.

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 50 dni przed rocznicą polisy.
2. Odmowa przyjęcia przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez Towarzystwo warunków, o których mowa w ust. 1, złożona w formie pisemnej lub elektronicznej do dnia rocznicy polisy, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny rok polisowy.
3. Na 30 dni przed każdą rocznicą polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składek ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy.
4. 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.
5. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
6. Wszelkie zmiany w Umowie są dokonywane w drodze negocjacji pomiędzy stronami i potwierdzane w formie pisemnej lub elektronicznej pod rygorem nieważności.

Artykuł VI

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa (ochrona ubezpieczeniowa) w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dacie początku ochrony i trwa 1 miesiąc, tj. do dnia poprzedzającego 1. dzień kolejnego miesiąca polisowego, z możliwością jej automatycznego przedłużenia na kolejny, analogiczny co do długości okres, pod warunkiem opłacenia składki nie później niż w terminie jej należności.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy w terminie 30 dni od jej zawarcia;
 - 2) śmierci Ubezpieczonego – w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) rozwiązania Umowy – w dniu jej rozwiązania;
 - 4) wypowiedzenia Umowy złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie – z upływem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia;
 - 5) upływu okresu odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku jej nieprzedłużenia.
3. Upływ okresu wypowiedzenia Umowy rozpoczyna się w 1. dniu miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
4. Wypowiedzenie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. Odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego, która zakończyła się zgodnie z zapisami ust. 2 pkt 5) może zostać wznowiona, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - 1) pomiędzy zakończeniem odpowiedzialności Towarzystwa a opłatą składki nie upłynęło więcej niż 26 dni;
 - 2) od dnia zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa do dnia jej wznowienia nie nastąpiła zmiana warunków Umowy.
6. Wznowienie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 5 następuje w 1. dniu miesiąca polisowego następującego po opłaceniu składki.
7. Wznowienie odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 5 jest możliwe raz w ciągu roku polisowego.

Artykuł VII

Wyłączenia odpowiedzialności

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

- 2) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności z tytułu Umowy;
- 3) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
2. Jeżeli odpowiednie warunki Umów Dodatkowych tak stanowią, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe będące przedmiotem danej Umowy Dodatkowej powstało wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
 - 5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
 - 6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 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 sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych 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 odpowiednie 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.

Artykuł VIII

Suma ubezpieczenia i składka

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Składka płatna jest jednorazowo z góry za każdy okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
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. Skutkiem niezapłacenia składki w terminie jej należności jest nieprzedłużenie Umowy z zastrzeżeniem Art. VI ust. 5.

Artykuł IX

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, z zastrzeżeniem ust. 8.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 3)-14), 16)-22) przysługuje Ubezpieczonemu, natomiast prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej osierocenia Dziecka przysługuje Dziecku Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić, składając oświadczenie w formie pisemnej lub elektronicznej.
4. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust.3.

5. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5 oraz ust. 8.
7. Za Uposażonego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia.

Artykuł X

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 wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) na wniosek Towarzystwa, inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia.
3. W przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Uposażony 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: poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu (np. karta leczenia szpitalnego), przeprowadzenie operacji chirurgicznej, 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/Konkubenta;
 - 7) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 8) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 9) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka/Konkubenta;
 - 10) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 11) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 12) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 13) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 14) kserokopię dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - 15) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył.
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. 3 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, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
8. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego.

Artykuł XI

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. VII ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3.

3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust.1 – 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił 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 zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII 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. X 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 nastąpił 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. VII 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. X 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 nastąpił 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 organu, narządu, układu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie zmniejszony odpowiednio o stopień uszczerbku istniejący przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
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 poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1. Zakres niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z niżej wymienionych operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej:
 - 1) **anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
 - przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - podawanie preparatów stymulujących szpik 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** – histologicznie łagodny guz nowotworowy, powodujący z uwagi na niekorzystną lokalizację i/lub wyczerpanie się mechanizmów kompensacyjnych poważny utrwalony deficyt neurologiczny pod postacią ślepoty jedno lub obuocznej, głuchoty jedno lub obuusznej, utraty lub znacznego upośledzenia mowy uniemożliwiające porozumiewanie się, nasilonych zaburzeń równowagi uniemożliwiających bądź w znaczny sposób utrudniających samodzielne poruszanie się, utraty lub upośledzenia siły mięśniowej co najmniej jednej kończyny w zakresie 0-3 stopni w skali Lovetta;
- 3) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Termin nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 5) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje wyłącznie pierwszorazowe zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego.
Termin nie obejmuje:
 - a) nowotworów skóry (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: – grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 roku);
 - b) nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne / nieinwazyjne;
 - c) nowotworów niezagrażających życiu takich jak: rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1(a) lub T1(b) (ale nie T1(c)) w klasyfikacji TNM, brodawkowaty mikro-rak tarczycy lub pęcherza moczowego, o stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 w klasyfikacji TNM, przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania A w klasyfikacji Bineta, ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania 1;
 - d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 6) **oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 7) **operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;
- 8) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez konsultanta kardiologa, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 9) **przeszczep dużych narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;
- 10) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
 - częściowa lub całkowita trwała utrata funkcji czuciowych lub ruchowych lub utrata mowy;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 Rozpoznanie musi być potwierdzone obecnością nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
Istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 90 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) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 11) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20 procent, spowodowana zachorowaniem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 12) **zakażenie wirusem HIV**:
 - a) związane z przetoczeniem krwi:
 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych preparatów krwiopochodnych;
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi;
 - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

b) związane z pracą zawodową:

zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:

- do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/dentysta, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
- wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie ubezpieczenia i został zgłoszony do Towarzystwa w terminie 7 dni wraz z wynikiem testu w kierunku HIV wykonanego po wypadku;
- do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po wypadku;
- obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Określone w punktach a) i b) terminy nie obejmują przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub w wyniku dożylnego stosowania środków odurzających.

13) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia serca;
- zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST - załamek T (ST-T), patologiczne załameki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
- nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

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 wymienionych w pkt 1 bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegów wymienionych w pkt 1.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII 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 pkt 1 lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII 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 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 pkt 1, 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.
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w pkt 1 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. X 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.

5. 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 tego 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. VII 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. VII 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 płci) z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie.
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, porodem 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 uwzględni 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. X ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

6. 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 uwzględni 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. VII 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. X ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

7. 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. VII 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. X ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 3), 4), 7), 15).

8. 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. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **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:
 - częściowa lub całkowita trwała utrata funkcji czuciowych lub ruchowych lub utrata mowy;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone obecnością nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
 Istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 90 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) uszkodzeń mózgu spowodowanych zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
 - 2) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.
3. 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.
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 zawał serca lub udar mózgu będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII ust. 2 pkt 4), 6) – 8).
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 zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

9. 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 2 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. VII 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 oryginałów faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, a wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przez lekarza.

10. 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, badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - 3) nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
 - 4) przewozu Ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) oraz ust. 3.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia.

11. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

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

12. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Konkubenta.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII 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. X ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 5), 7), 9).

13. 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. VII ust. 1 i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 12).

14. 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. VII 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. X ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 7), 12).

15. 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. VII ust. 1.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust. 1, ust. 2, ust. 4 pkt 8), 13), 14).

16. 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. X ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 8), 13).

17. 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. X ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 8), 19).

18. 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. VII ust. 2 pkt 1 i odnoszącą się do Rodziców.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma/Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec/matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca/matki.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. X ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 10).

19. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

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 Konkubenta.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Teścia nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. VII 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 Ojczyma/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. X ust. 1 oraz ust. 4 pkt 5) – 7), 11).

20. 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** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodziennie lub całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza. Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakkolwiek placówka zajmująca się leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to zakresu usługi opisanego w niniejszej Umowie Dodatkowej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt 6;
 - 15) **Współubebezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym.
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 pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubebezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubebezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - b) dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubebezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - c) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubebezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - d) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony lub Współubebezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - e) transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubebezpieczonego:
 - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;

- ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
- Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
- f) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - g) organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na zlecenie przez lekarza zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższego miejsca zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielną, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń, do wysokości 500 PLN na zdarzenie:
 - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - transport Dziecka lub osoby niesamodzielną do osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielną z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;
 - transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
- 2) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 4 razy w roku polisowym;
 - 3) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - 4) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów - CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - 5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - a) osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
 - telefoniczna konsultacja z lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w pkt 6 ppkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
 - b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem 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;
 - informacja 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 Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń w lit. b) – e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
7. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
8. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w pkt 6 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu 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 zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na 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. Bezsprzawną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3).

Artykuł XII

Skargi i zażalenia

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

Artykuł XIII

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU i potwierdzane w formie pisemnej lub elektronicznej pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie lub elektronicznej i wywierają skutek z chwilą dościa do drugiej strony w taki sposób, że mogła zapoznać się z ich treścią.
3. Strony Umowy oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do poinformowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub miejsca zamieszkania.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej.

5. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
6. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa w zakresie podatku dochodowego.
7. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia na Życie stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
8. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob/5/10/2015 z dnia 9 października 2015 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 15 października 2015 roku.

Robert Sokołowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

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

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

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

b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20
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. siekacze i kły – za każdy ząb	1
b. pozostałe zęby począwszy od dwóch – za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1
22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
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.

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38		
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:			
a. jednego oka	15		
b. obu oczu	30		
29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyniówki jednego oka			
b. zapalenie naczyniówki 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)			
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg tabeli z p.27a		
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.

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

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku – ciąg dalszy

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 |

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 |

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa – ciąg dalszy

67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbył 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) Częściowa utrata prącia	20
82) Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

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

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

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

88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów 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 kręgow	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zeszywnieniem 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 ościowych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10
93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	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 (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a. szyjne	1-20
b. piersiowe	1-10
c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25
d. guziczne	1-5

K. Uszkodzenia miednicy

95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a. niewielkiego stopnia	1-10
b. dużego stopnia	10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
b. w odcinku przednim i tylnym	15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:	
a. zwinięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
b. zwinięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
c. zwinięcie III° – duże zmiany	20-35
d. zwinięcie 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: Towarzystwujące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L. Uszkodzenia kończyny górnej	Prawa	Lewa
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny		1-5
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100) Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rękomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
102) Zwinięcie 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
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 zwinięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwinięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rękowym, 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

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

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

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąż dalszy		
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 śródręcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	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

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

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 podkłętarzowej	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) Zesztywnienie 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 przezkłętarzowych i podkłętarzowych, złamania kłętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		
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 zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+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 oprotezowania	50-70	
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno–dynamicznych kończyny i innych zmian:		
a. niewielkie zmiany	1-10	

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zesztywnienia 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
159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

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	

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych – ciąg dalszy

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. spłotu łędźwiowo-krzyżowego	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka łędźwiowo-krzyżowego	1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.	
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 4/2015 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./5/10/2015, z dnia 9 października 2015 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 4/2015 od dnia 15 października 2015 roku.

Robert Sokołowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

ZAŁĄCZNIK NR 2

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 wyłuszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11	Proteza uda z lejem kikutowym skórzany: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry, albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciała podobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
13	Proteza uda szczudłowa
Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyłuszczenie w stawie biodrowym)	
14	Proteza przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15	Proteza tymczasowa przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
16	Kosz biodrowy przy obustronnym wyłuszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytami dla kończyn górnych
17	Protezy wyrównanie skrótu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
Wypożyczenie dodatkowe do protez kończyn dolnych	
18	Pończocha kikutowa – przy amputacji w obrębie stopy
19	Pończocha kikutowa – przy amputacji podudzia
20	Pończocha kikutowa – przy amputacji uda
21	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych
Protezy kończyn górnych	
22	Proteza kosmetyczna części ręki
23	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem 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 modułarnych, 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 piszczelowa
42	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciągiem sprężynowym lub bez
43	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45	Aparat drutowy do kolana z podciągiem sprężynowym
46	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciągiem 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 podrzepkowym, 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 gołe 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 gołe 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 podpórco-stabilizujący nadgarstek, dłoni i palce: podpórco nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórco dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
- 73 Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców
- 74 Aparat korygujący Lamba
- 75 Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
- 76 Aparat na rękę i przedramię wg Engena
- 77 Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost
- 78 Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
- 79 Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy
- 80 Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka
- 81 Aparat uczynniający palce
- 82 Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców
- 83 Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego
- 84 Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
- 85 Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
- 86 Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
- 87 Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
- 88 Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego
- 89 Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na 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 strzemiem do buta, z podciąganiem sprężynowym albo bez
- 97 Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)
- 98 Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
- 99 Orteza stopowo-goleniowa
- 100 Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
- 101 Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętki obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciąganiem stopy

102	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemieniem do buta albo z sandałem
103	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
104	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105	Orteza do kolana odciążająca z oparciem 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 Engelmana
122	Szyna Saint-Germaina
123	Szyna Denis-Browna, bez sandałów albo z sandałkami
124	Poduszka Frejki
125	Rozwórka Koszli
126	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127	Pajacyk Grucy
128	Szyna Ortolaniego
129	Szelki Grucy albo Pawlika
Ortezy kończyny górnej	
130	Aparat Stacka
131	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134	Orteza redresująca staw łokciowy
135	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoń i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
136	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137	Orteza korygująca Lamba
138	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139	Orteza na rękę i przedramię wg Engena albo łuska śródrečna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa

143	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców
144	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomącie albo sprężynowa
152	Orteza elewacyjna
153	Orteza odwodząca
154	Orteza stabilizująco-odciążająca
155	Temblak kończyny górnej

Gorsety i kołnierze ortopedyczne

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

Ortezy tułowia i szyi

177	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
178	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
179	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
180	Prostotrzymacz wg Hohmanna
181	Prostotrzymacz wg Taylora
182	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
183	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
184	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
185	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy

186	Pas na rozejście spojenia łonowego
187	Półgorsetowa orteza szyjna
188	Kołnierzyk szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórny
189	Kołnierzyk pneumatyczny
190	Kołnierzyk stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
191	Kołnierzyk „Florida”
192	Kołnierzyk Schantza miękki
193	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
194	Kołnierzyk na kręcy karku
195	Pelota korekcyjna na łopatkę
196	Prostotrzymacz na kark klatkę piersiową
Obuwie ortopedyczne	
197	Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu
198	Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej
199	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200	Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemieniem do buta albo do sandała
Kule i laski inwalidzkie do stałego użytkowania	
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 do stałego użytkowania	
209	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
Wózki inwalidzkie do stałego użytkowania	
210	Wózek inwalidzki ręczny
211	Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku – czynnych zawodowo
212	Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy
213	Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę
Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione	
214	Fotelik dla dzieci do siedzenia
215	Indywidualne przedmioty pionizujące
216	Pelzak (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	Obturatory 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 induktofoniczne, system FM i na podczerwień)
8	Cewniki zewnętrzne do 30 szt. lub zamiennie kieszonki do zbiórki moczu do 30 szt.
9	Cewniki urologiczne do 6 szt.
10	a) Cewniki urologiczne jednorazowe b) Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
11	Worki do zbiórki moczu do 6 sztuk miesięcznie
12	a) Pas do zbiornika na kał b) Worki wymienne do pasa w ilości do 90 szt.
13	Worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. lub w równowartości ich kosztu inny sprzęt stomijny (np. zestawy irygacyjne, płytki + worki itp.) po zabiegach na: – jelicie cienkim (ileostomii) – jelicie grubym (kolostomii) – 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, wynicowaniem pęcherza lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
17	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem

18	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)
19	Proteza powietrzna – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego
20	Inhalator dyszowy: – nebulizator (generator aerozolu) – sprężarka powietrza
21	Proteza piersi
22	Peruki – z włosów sztucznych – z włosów naturalnych
23	Pas przepuklinowy – jednostronny – obustronny
24	Pas brzuszny
25	Poduszka przeciwoleżynowa
26	Materac przeciwoleżynowy

Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowiąca Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 4/2015 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./5/10/2015, z dnia 9 października 2015 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie 4/2015 od dnia 15 października 2015 roku.

Robert Sokołowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

