

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX

Artykuł I	Postanowienia ogólne	3
Artykuł II	Definicje	3
Artykuł III	Przedmiot i zakres odpowiedzialności	5
Artykuł IV	Zawarcie Umowy	5
Artykuł V	Przystępowanie do Umowy	6
Artykuł VI	Zawieszenie opłacania składek	6
Artykuł VII	Prawa i obowiązki stron	6
Artykuł VIII	Rozwiązanie Umowy	7
Artykuł IX	Zmiany Umowy	7
Artykuł X	Składki	8
Artykuł XI	Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	8
Artykuł XII	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa	8
Artykuł XIII	Wypłata świadczenia	9
Artykuł XIV	Uprawnieni do świadczenia	9
Artykuł XV	Umowy Dodatkowe	10
1.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	10
2.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	10
3.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	10
4.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	11
5.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	11
6.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	12
7.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	12
8.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	13
9.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	15
10.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	15
11.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego	16
12.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Współmałżonka	18
13.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka	20
14.	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych	21
15.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	22
16.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	23
17.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	24
18.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	25
19.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka	25
20.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	25
21.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	26
22.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	26
23.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	26
24.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego	26
25.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka	26
26.	Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	27
27.	Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej w kraju	27
28.	Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	29
29.	Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej	30
Artykuł XVI	Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego	32
Artykuł XVII	Indywidualna kontynuacja	34
Artykuł XVIII	Skargi i zażalenia	35
Artykuł XIX	Postanowienia końcowe	35
Załącznik nr 1	Tabela uszczerbków na zdrowiu	36
Załącznik nr 2	Katalog Operacji Chirurgicznych	49
Aneks nr 1	Do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX	58
Załącznik nr 3	Katalog Wad Wrodzonych	63

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max 3/2007 wraz z aneksem z dnia 15 września 2008 r. z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)

	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer zapisu z wzorca umownego	
Postanowienia dla umowy podstawowej i umów dodatkowych:	Art. III ust. 2, 5	Art. V ust. 8, Art. VI ust. 3 Art. XII, Art. XIII ust. 7 i 8
Postanowienia dla umów dodatkowych:		
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 1 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 1 pkt 2 i 7
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 2 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 2 pkt 2 i 7
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW w środku lokomocji	Art. XV ust. 3 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 3 pkt 2 i 7
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 4 pkt 1 i 2 i 6 i 7	Art. XV ust. 4 pkt 3 i 8 i 9
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	Art. XV ust. 5 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 5 pkt 3 i 4 i 7 i 8
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 6 pkt 3 i 4 i 7 i 8
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 10 i 11	Art. XV ust. 7 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 11 i 13 i 14 i 15 i 16
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 10 i 11	Art. XV ust. 8 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 11 i 13 i 14 i 15 i 16
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 9 pkt 2 i 9 i 10 i 11 i 13	Art. XV ust. 9 pkt 3 i 4 i 5 i 11 i 12

Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 10 pkt 1 i 3 i 7 i 8 i 9 i 11	Art. XV ust. 10 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10 i 15
Poważna choroba Ubezpieczonego	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 11 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 13 i 14
Poważna choroba Współmałżonka	Art. XV ust. 12 pkt 1 i 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 12 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 13
Poważna choroba Dziecka	Art. XV ust. 13 pkt 1 i 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 13 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 13
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 14 pkt 1 i 2 i 6 i 7	Art. XV ust. 14 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 15 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 12 i 15	Art. XV ust. 15 pkt 2 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14 i 15
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 16 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 7	Art. XV ust. 16 pkt 6 i 7 i 8 i 9
Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 6	Art. XV ust. 17 pkt 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 18 pkt 1 i 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 18 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Śmierć Współmałżonka	Art. XV ust. 19 pkt 1	Art. XV ust. 19 pkt 2
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 20 pkt 1 i 3 i 4	Art. XV ust. 20 pkt 2
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 21 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 21 pkt 2
Śmierć Teściów	Art. XV ust. 22 pkt 1 i 3 i 4	Art. XV ust. 22 pkt 2 i 5
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 23 pkt 1 i 2	
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XV ust. 24 pkt 1	
Śmierć Dziecka	Art. XV ust. 25 pkt 2	Art. XV ust. 25 pkt 3

Osierocenie Dziecka	Art. XV ust. 26 pkt 2	Art. XV ust. 26 pkt 3
Pomoc medyczna w kraju	Art. XV ust. 27 pkt 4 i 5 i 10	Art. XV ust. 27 pkt 7 i 8 i 10
Druga opinia medyczna	Art. XV ust. 28 pkt 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 28 pkt 7 i 8
Rehabilitacja medyczna	Art. XV ust. 29 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 29 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 12
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 30 pkt 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 30 pkt 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW w środku lokomocji	Art. XV ust. 31 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 31 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 32 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 32 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 33 pkt 1 i 9 i 11 i 13	Art. XV ust. 33 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 10 i 11 i 12
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 34 pkt 2 i 10 i 11 i 14	Art. XV ust. 34 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 11 i 12 i 13
Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	Art. XV ust. 35 pkt 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 35 pkt 6
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Art. XVI ust. 7	Art. XVI ust. 7

	3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Art. XVI ust. 8	Art. XVI ust. 7

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX NR 3/2007

Artykuł I

Postanowienia ogólne

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

Artykuł II

Definicje

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

1. **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej w kraju (medycznego assistance) oraz natychmiast inicjuje wykonanie wymaganej usługi;
2. **certykat** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy, wystawiany dla każdego Ubezpieczonego;
3. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
4. **data zatrudnienia** – pierwsza data nieprzerwanego związania się Pracownika z Ubezpieczającym w ramach zatrudnienia, członkostwa, bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo;
5. **deklaracja** – dokument, w którym Pracownik wyraża uprzednią zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową;
6. **Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, Dziecko Ubezpieczonego, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie osiągnęło wieku 25 lat;
7. **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
8. **Konkubent** – osoba, pozostająca w związku nieformalnym z Pracownikiem, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 36 miesięcy;
9. **limit automatycznej akceptacji** – maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, którą Towarzystwo może przyznać Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego. Limitu nie stosuje się do Umów Dodatkowych obejmujących swym zakresem ryzyka będące następstwem nieszczęśliwych wypadków;
10. **Macocha** – aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
11. **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;
12. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli 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;
13. **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
14. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anesteziologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt, umożliwiającą całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
15. **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego/Współmałżonka nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
16. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w Polisie;
17. **okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w Polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa;
18. **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne, nie wymagające pobytu w szpitalu oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Katalogu Operacji Chirurgicznych stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
19. **Partner Medyczny** – placówka medyczna współpracująca z Towarzystwem. Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa: www.generali.pl;
20. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko Pracownika, które ukończyło 18 rok życia;
21. **pobyt Dziecka w szpitalu** – pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
22. **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty jego wypisania ze

- szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
23. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz jej warunki;
24. **poważna choroba** – którakolwiek z chorób, zabiegów lub operacji zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych chorób;
25. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku zatrudnienia, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo;
26. **prolongata** – liczba dni liczona od terminu należności składki, o które Towarzystwo odroczyło opłacenie składki. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w danej Umowie;
27. **przystąpienie Pracownika** – zawarcie Umowy ubezpieczenia na rzecz Pracownika, potwierdzone certyfikatem;
28. **rocznica Polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
29. **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;
30. **składka całkowita** – suma składek ochronnych i inwestycyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych;
31. **składka inwestycyjna** – określona w Polisie i certyfikacie kwota lub procent wynagrodzenia, wpłacana na celu zakupu jednostek uczestnictwa, należna za Ubezpieczonego w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, o ile zawarta została Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
32. **składka ochronna** – określona w Polisie i certyfikacie kwota lub procent wynagrodzenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym;
33. **suma ubezpieczenia** – określona w Polisie i certyfikacie kwota lub krotność wynagrodzenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
34. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
35. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego oraz pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
36. **termin należności składki** – data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach, wyznaczanych przez częstotliwość opłacania składki. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma takiego dnia, terminem należności składki jest ostatni dzień kończący okres, za który składka ochronna była ostatnio należna;
37. **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;
38. **trwałe inwalidztwo** – naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała (utracie organu) lub na rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nie rokujące poprawy. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki wymienione w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych. Sformułowania „utrata”, „porażenie” i „uszczywnienie” rozumiane są jako:
1. utrata – całkowita anatomiczna strata narządu;
 2. porażenie – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji;
 3. uszczywnienie – całkowite zniesienie ruchomości w stawie;
39. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące 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 niniejszych OWU;
40. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
41. **Ubezpieczony** – Pracownik, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia, ponadto za zgodą Towarzystwa Ubezpieczonymi mogą być również Współmałżonek, Konkubent lub Pełnoletnie Dziecko Pracownika, pod warunkiem przystąpienia do Umowy tego Pracownika;
42. **Umowa Dodatkowa** – umowa rozszerzająca postanowienia Umowy Podstawowej o dodatkowe warunki ochrony ubezpieczeniowej lub o zasady inwestowania w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy;
43. **Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
44. **Uposażony** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
45. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta przez Ubezpieczającego z innym Ubezpieczycielem, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem oraz z tytułu której ochrona zakończyła się;
46. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu, w którym wiek jest liczony;
47. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

48. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 2. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 3. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt. 1, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

49. **wypadek w środku lokomocji** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji, który 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.
3. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa, zakres odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2, może zostać rozszerzony, w ramach Umów Dodatkowych, o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 1. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 2. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 3. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 4. śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 5. niezdolność do pracy zarobkowej;
 6. niezdolność do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 7. trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I;
 8. trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II;
 9. trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 10. trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 11. poważna choroba Ubezpieczonego;
 12. poważna choroba Współmałżonka;
 13. poważna choroba Dziecka;
 14. operacje chirurgiczne;
 15. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 16. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 17. pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 18. pobyt Dziecka w szpitalu;

19. śmierć Współmałżonka;
 20. śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 21. śmierć Rodziców;
 22. śmierć Teściów;
 23. urodzenie Dziecka Ubezpieczonego;
 24. urodzenie Dziecka martwego;
 25. śmierć Dziecka;
 26. osierocenie Dziecka;
 27. pomoc medyczna w kraju;
 28. druga opinia medyczna;
 29. rehabilitacja medyczna.
4. Przedmiot i zakres odpowiedzialności potwierdza Polisa.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
 6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo zrealizuje swoje zobowiązania zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.
 7. Zobowiązania Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikatach.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest opłacenie pierwszej składki całkowitej w terminie należności składki z uwzględnieniem okresu prolongaty, oraz złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów, z zastrzeżeniem ust. 4:
 1. wniosku o zawarcie Umowy;
 2. kompletu deklaracji przystąpienia podpisanych przez osoby wyrażające wolę przystąpienia do Umowy;
 3. wykazu osób, za które opłacono pierwszą składkę całkowitą;
 4. innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która uprzednio wyraziła zgodę na zawarcie na jej rzecz Umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, w znaczący sposób różnią się od tych, na podstawie których Towarzystwo przygotowało propozycję ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 14 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie.
5. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu pierwszą składkę całkowitą w pełnej wysokości.
6. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
7. Umowa zawierana jest pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na okres jednego roku liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia.
8. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy na kolejny okres roczny.

9. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
10. Umowa Dodatkowa zawierana jest na okres roczny, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
11. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Towarzystwa, dopuszcza się utworzenie podgrup Ubezpieczonych, zróżnicowanych pod względem zakresu odpowiedzialności i innych warunków ubezpieczenia, przy zastosowaniu zaakceptowanych przez Towarzystwo kryteriów podziału na podgrupy.
12. Ubezpieczony w danym czasie może być objęty ubezpieczeniem w ramach jednej podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności Ubezpiezonego do podgrupy jest możliwe tylko w rocznicę Polisy.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy

1. Do Umowy może przystąpić osoba, która:
 1. jest Pracownikiem Ubezpieczającego albo Współmałżonkiem/Konkubentem/Pełnoletnim Dzieckiem Pracownika;
 2. nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust. 2;
 3. spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz podane w Polisie.
2. Do Umowy może przystąpić osoba, która spełniła warunki wymienione w ust. 1 pkt. 1 i pkt. 3 oraz która w dacie zawarcia Umowy przebywa na zwolnieniu lekarskim pod warunkiem, że wcześniejsza umowa ubezpieczenia została rozwiązana i okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy zawartej z Towarzystwem był nie dłuższy niż 30 dni.
3. Za datę nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy – uważa się datę początku okresu ubezpieczenia albo najbliższy termin należności składki następujący po dacie zatrudnienia Pracownika, w którym spełnione zostały warunki wymienione w ust. 1.
4. Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na termin należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, o ile spełnione zostały warunki wymienione w ust. 1.
5. Za datę nabycia prawa do przystąpienia przez Współmałżonka/Konkubenta/Pełnoletnie Dziecko Pracownika uważa się datę nabycia prawa do przystąpienia przez Pracownika lub najbliższy termin należności składki następujący po późniejszej z dat:
 1. zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania Współmałżonka;
 2. złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania Konkubenta;
 3. ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania Pełnoletniego Dziecka.
6. Osoba przystępująca do Umowy składa deklarację oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo. Przystępując do Umowy i podpisując deklarację, Ubezpieczony wyraża jednocześnie zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową.
7. Za datę przystąpienia do Umowy przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu podpisania deklaracji, o ile deklaracja została przekazana do Towarzystwa.
8. Jeżeli wnioskowana suma ubezpieczenia przekracza określony przez Towarzystwo limit automatycznej

akceptacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpiezonego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo.

9. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgłoszonej do Umowy osoby lub zaproponować inne warunki ubezpieczenia, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie.
10. W przypadku nie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę, a niewykorzystaną składkę.
11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania innych warunków ubezpieczenia osobom, które w dniu zawarcia Umowy miały ukończony 65 rok życia.
12. Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 4-6, 10-17, 27 oraz 29 może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.
13. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego.
14. W przypadku przedłużenia Umowy na kolejny okres, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji, o ile zaproponowane zmiany nie naruszają praw Ubezpiezonego i Uposażonego, co do sum ubezpieczenia.

Artykuł VI

Zawieszenie opłacania składek

1. Zawieszenie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego i obowiązuje od najbliższego terminu należności składki, przypadającego po dacie akceptacji przez Towarzystwo wniosku złożonego w tej sprawie. Maksymalny okres, na jaki opłacanie składek ochronnych może zostać zawieszone wynosi 36 miesięcy.
2. W okresie zawieszenia opłacania składek ochronnych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, a składka nie jest należna.
3. Wznowienie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego z zastosowaniem 6. miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty wznowienia odpowiedzialności Towarzystwa, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka - 9 miesięcy.
4. W przypadku wznowienia opłacania składek, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany warunków ubezpieczenia, jeżeli z posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych wynika, że ryzyko ubezpieczeniowe związane ze wznowieniem odpowiedzialności Towarzystwa odbiega od ryzyka, na podstawie którego ustalono warunki ubezpieczenia, przed zawieszeniem opłacania składek ochronnych.
5. Wznowienie odpowiedzialności po okresie zawieszenia opłacania składek ochronnych następuje począwszy od najbliższego terminu należności składki, następującego po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wznowienie odpowiedzialności oraz po opłaceniu składki całkowitej za okres udzielanej ochrony, z zastrzeżeniem ust. 3.

Artykuł VII

Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczający jest zobowiązany:
 1. udostępnić Ubezpieczonym, przed zebraniem od nich

- deklaracji, OWU będące podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia;
2. przekazywać do Towarzystwa deklaracje osób przystępujących do Umowy;
 3. udostępniać Ubezpieczonym Polisę;
 4. informować Towarzystwo o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 5. przekazywać do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składki całkowite;
 6. przekazywać do Towarzystwa, jednocześnie z przekazaniem składki całkowitej, rozliczenia składek wraz z odpowiednimi wykazami Ubezpieczonych, którzy przystąpili lub wystąpili z Umowy;
 7. przekazywać na wniosek Towarzystwa inne dokumenty;
 8. wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie przez Ubezpieczającego zobowiązań będących treścią Umowy oraz poinformować Ubezpieczonych i Towarzystwo o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.
2. Towarzystwo jest zobowiązane:
1. prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane Umową;
 2. przekazywać Ubezpieczającemu pisemne informacje dotyczące zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu Umowy;
 3. informować Ubezpieczonych o zmianach warunków Umowy dotyczących zakresu ochrony oraz wysokości sum ubezpieczenia i składek;
 4. informować Ubezpieczonego i Uposażonych o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, o ile zdarzenie zostanie zgłoszone;
 5. zawiadamiać Uposażonych, którzy zgłosili roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 6. udostępniać Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz Uposażonym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość zobowiązań z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo nieudostępniania informacji i dokumentów, których udostępnienie byłoby sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez Towarzystwo.

Artykuł VIII

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia z zastrzeżeniem Art. IV ust. 8.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
3. Okres wypowiedzenia Umowy rozpoczyna się w 1. dniu miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po

- miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
4. W przypadku nieterminowego opłacenia składek, Umowa ulega rozwiązaniu z upływem dodatkowego terminu wskazanego przez Towarzystwo w pisemnym wezwaniu do zapłaty.
 5. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej jest równoznaczne z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych.
 6. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
 7. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
 8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu Polisy.
 9. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
 10. W razie nieopłacenia pierwszej składki w terminie jej należności z uwzględnieniem okresu prolongaty, Towarzystwo może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiło odpowiedzialność.

Artykuł IX

Zmiany Umowy

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany Umów są dokonywane w drodze ustaleń pomiędzy stronami i potwierdzane w formie pisemnej, z wyjątkiem zmian, których dopuszczalny zakres określono w Polisie.
3. W przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczającego którejkolwiek z Umów Dodatkowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do 14-dniowego terminu na przedstawienie Ubezpieczającemu wysokości nowej składki.
4. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak wiek, płeć i wysokość wynagrodzenia osób w grupie, wykonywane zawody oraz liczebność grupy), Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składki, kryterium podziału na podgrupy, obowiązujące w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą Polisy.
5. Odmowa Ubezpieczającego przyjęcia zaproponowanych przez Towarzystwo warunków złożona w formie pisemnej do dnia rocznicy Polisy, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nie przedłużaniu Umowy na kolejny rok polisowy.
6. Na 30 dni przed każdą rocznicą Polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składki, częstotliwość opłacania składek, kryterium podziału na podgrupy.
7. W przypadku, gdy w trakcie trwania Umowy, suma ubezpieczenia przekroczy określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym do żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i do kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na podwyższenie sum

ubezpieczenia powyżej limitu automatycznej akceptacji lub zaproponować odmienne warunki ubezpieczenia.

Artykuł X

Składki

1. Obowiązek opłacania składek całkowitych istnieje przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych w zależności od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości wynagrodzeń, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do Umowy.
3. Wysokość składek należnych z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych potwierdzone są w Polisie.
4. Składki z tytułu Umów Dodatkowych opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składki należne mogą pochodzić ze środków finansowych Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego.
6. Składkę całkowitą uważa się za opłaconą następnego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo kwotą w wysokości należnej składki całkowitej.
7. Składki mogą być płatne z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Termin należności składki, prolongata, wysokości składek oraz częstotliwość ich opłacania określone są w Polisie.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki całkowitej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty, w dodatkowym terminie wyznaczonym w pisemnym wezwaniu oraz poinformuje go o skutkach niezapłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
9. Skutkiem niezapłacenia składki całkowitej może być rozwiązanie Umowy lub zawieszenie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem Art. VIII ust. 10.
10. Skutki, o których mowa w ust. 9 powstają z upływem terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu do zapłaty.
11. W przypadku zaległości w opłacaniu składek, wpłacane kwoty przeznaczone są na pierwszą zaległą składkę, z zastrzeżeniem Art. VI.

Artykuł XI

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty wskazanej w certyfikacie jako data początku ochrony, z zastrzeżeniem postanowień Art. XII.
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;
 2. śmierci Ubezpieczonego;
 3. upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę w przypadku:
 - 1) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy;
 - 2) ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 4. wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy zarobkowej lub niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 5. upływu okresu trwania Umowy ubezpieczenia w przypadku jej nieprzedłużenia;

6. upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
7. upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu do zapłaty zaległej składki.
3. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem, Konkubentem lub Pełnoletnim Dzieckiem Pracownika, ustaje:
 1. z końcem odpowiedzialności w stosunku do Pracownika;
 2. w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie odpowiednio związku małżeńskiego/konkubinatu Pracownika. Oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiednich przesłanek.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu:
 1. rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 2. upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.
5. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 4 - 6, 10 -17, 27 oraz 29, kończy się w dniu rocznicy Polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł XII

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 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 w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających;
 4. samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
3. O ile Umowa Dodatkowa tak stanowi, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w następnym:
 1. prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
 2. spożycia lub spożywania alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza;
 3. samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
 4. poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich.
4. Karencję stosuje się w podanych poniżej okresach licząc od dnia przystąpienia do Umowy Dodatkowej,

dla wymienionych zdarzeń będących przedmiotem odpowiednich Umów Dodatkowych:

1. 30 dni – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Dziecka w szpitalu;
2. 90 dni – operacje chirurgiczne, poważna choroba Współmałżonka, poważna choroba Dziecka, rehabilitacja medyczna.
5. Ponadto, karencje z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych stosuje się dla osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia lub dla Ubezpieczonych zmieniających przynależność do podgrupy. Okres karencji wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka - 9 miesięcy.
6. W przypadkach karencji opisanych w ust. 4 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, upływ karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 30 dni.
7. Karencję stosuje się do rozszerzonego zakresu ochrony oraz nadwyżek tych sum ubezpieczenia, które obowiązywały z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia lub do tych, które zmieniły się na skutek zmiany przynależności do podgrupy.

Artykuł XIII

Wypłata świadczenia

1. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Uposażony składa do Towarzystwa:
 1. wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 2. certyfikat;
 3. kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 4. akt zgonu Ubezpieczonego;
 5. kserokopię karty zgonu jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 6. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
2. Kserokopie składanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
4. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajęciu zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie 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. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 4.
6. 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.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zdarzeniem, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu,

osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość jednego, najwyższego świadczenia z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, należnego w związku z tym zdarzeniem, o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej.

8. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 1. 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 lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy, 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 3 lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 2. Ubezpieczony lub Uposażony nie dostarczył dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł XIV

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 1-4 przysługuje Uposażonemu, z zastrzeżeniem ust. 11.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 5-25 oraz pkt. 28-29 przysługuje Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust. 11.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 26-27 przysługuje Ubezpieczonemu lub innej osobie określonej zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych, z zastrzeżeniem ust. 11.
4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmieniać, składając oświadczenie w formie pisemnej.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4.
6. Ubezpieczony ma prawo wskazać kilku Uposażonych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu.
7. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 7 oraz ust. 11.
9. Za Uposażonego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
10. Jeżeli Uposażony zmarł po śmierci Ubezpieczonego, lecz przed dokonaniem na jego rzecz wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje spadkobiercom Uposażonego w kolejności określonej

w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Uposażonego, z zastrzeżeniem ust. 11.

11. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem umowy.

Artykuł XV

Umowy Dodatkowe

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

1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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 podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 5) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

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

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia

aktualnej dla tej 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 podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 5) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej 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 podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 pkt. 1-3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, który powstał w następstwie:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym, takich jak: sporty lotnicze, motorowe czy motorowodne lub podczas udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich.

3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 5) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
 5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji, a śmiercią Ubezpieczonego.
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
 7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
- 4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu zdefiniowanych poniżej, które miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 1) **udar mózgu** – trwale uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, z atorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu. Towarzystwo wypłaci świadczenie, o ile zostanie spełniona definicja udaru mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym;
 - 2) **zawał serca** – pełnościenne martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Towarzystwo wypłaci świadczenie, o ile wszystkie powyższe objawy wystąpią łącznie albo zawał serca zostanie potwierdzony badaniem sekcyjnym.
 2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyliczających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 pkt. 2-4.
 4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 5) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na życzenie Towarzystwa.
 5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.
 7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
 8. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 9.
 9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 30 dni od zajścia tego zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo pomniejszy kwotę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu o kwotę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłaconego w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu.
- 5. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej**
1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla

tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy.

3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 lub za skutki zdarzeń powstałych w następstwie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną, brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
8. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej.

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

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego do pracy zarobkowej.
2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy.
3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek uszkodzeń ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 lub za skutki

zdarzeń powstałych w następstwie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.

5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
8. Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

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

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

Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Kończyny górne	
Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Utrata jednej dłoni	50%
Utrata kciuka w całości	20%
Utrata palca wskazującego w całości	10%

Utrata wszystkich palców ręki	40%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Utrata palucha	5%
Utrata wszystkich palców stopy	15%
Niedowład czterokończynowy	100%

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, które liczone łącznie z innymi należnymi lub wypłaconymi świadczeniami odpowiada świadczeniu należnemu za 100% bądź 200% inwalidztwa, zgodnie z pkt. 13 bądź pkt. 14.
- Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
- W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
- Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
 - kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
- Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 7 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 9.
- Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
- Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
- Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak przed upływem 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 7.
- Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa

(polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.

- Wyplacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 - Wyplacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu kilku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 - Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
 - W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt. 2 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
- 8. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II**
- Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 - W przypadku powstania trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów

Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Utrata mowy (obejmuje utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową)	40%

Głowa

Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
- na powierzchni 6 cm kw.	30%
- na pow. od 3 do 6 cm kw.	20%
- na pow. mniejszej niż 3 cm kw.	10%

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Usztywnienie barku	35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Usztywnienie łokcia	30%
Utrata jednej dłoni	50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia)	20%

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
Utrata kciuka w całości	20%
Usztywnienie kciuka	15%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata innego palca ręki w całości	5%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Usztywnienie stawu biodrowego	40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Usztywnienie stawu kolanowego	25%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Usztywnienie stawu skokowego	15%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)	
- o co najmniej 5 cm	30%
- od 3 do 5 cm	20%
- od 1 do 3 cm	10%
Utrata palucha w całości	5%
Utrata innego palca stopy w całości	2%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenia nerwów	
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
Całkowite porażenie nerwu udowego	30%
Całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%
Klatka piersiowa	
Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej	
- bez niewydolności oddechowej	5%
- z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety	5%
Jama brzuszna	

Utrata śledziony	10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% miąższu)	20%
Narządy moczopłciowe	
Utrata nerki w całości	20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
Utrata prącia	40%
Utrata jądra lub jajnika	20%
Utrata macicy	
- u osoby do 45 roku życia	40%
- u osoby powyżej 45 roku życia	20%

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, które liczone łącznie z innymi należnymi lub wypłaconymi świadczeniami odpowiada świadczeniu należnemu za 100% bądź 200% inwalidztwa, zgodnie odpowiednio z pkt. 13 bądź pkt. 14.
5. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
6. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
7. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
8. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 7 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 9.
9. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
10. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.

11. Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, przed upływem 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 7.
 12. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
 13. Wypłacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 14. Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu kilku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 15. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
 16. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt. 2 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
- 9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant II.
 2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3.
 4. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
 5. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarza leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 8.
 8. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 9. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 10. 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.
 11. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresie rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 6.
 12. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 13. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 14. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 15. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- 10. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa wymienionych i zdefiniowanych chorób:
 - 1) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
 - 2) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3.
3. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 6.
6. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
8. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub udarem mózgu.
9. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty wystąpienia zawału lub udaru mózgu i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 4.
10. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po zawałe serca lub udarze mózgu.
11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
13. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał powyższych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
14. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
15. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnych

z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego.

11. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) -przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.
 Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
 - 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
 - 3) **choroba Creutzfelda-Jakoba** – klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) -poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - b) -kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
 - c) -ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - d) -mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - e) -jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
 - 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyniowych, krwaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
 - 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na

- celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
- 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Ubezpieczonego. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina);
 - 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgąznień aorty;
 - 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
 - 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
 - 12) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
 - 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
 - 14) **zakażenie wirusem HIV:**
 - a) -jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - b) -będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną
 - wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 15) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt. 1), 3)–4), 6)–8) oraz 12)–15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt. 1, ppkt. 2), 5) oraz 9)–11).
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Ubezpieczonego nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 lub, jeżeli poważna choroba powstała w następstwie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1.
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt. 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 7. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tą samą wymienioną i zdefiniowaną poważną chorobą Ubezpieczonego, spośród wymienionych w pkt. 1.
 8. W przypadku kolejnej poważnej choroby Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
 9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony:

- 1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
- 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnej choroby;
 - 3) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1. ppkt. 14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 11.
13. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 30 dni od:
- 1) daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt. 1), 3)–4), 6)–8) oraz 12)–15) lub
 - 2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt. 1, ppkt. 2), 5) oraz 9)–11)
- Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego.
14. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnych z tytułu wszystkich poszczególnych Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego.
- 12. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Współmałżonka**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
- 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) -przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.
- Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
- 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
 - 3) **choroba Creutzfelda-Jakoba** – klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) -poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - b) -kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
 - c) -ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - d) -mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - e) -jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
 - 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyńiowych, krwaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
 - 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Współmałżonka. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina);
 - 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających

- na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
 - 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
 - 12) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
 - 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
 - 14) **zakażenie wirusem HIV:**
 - a) -jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - b) -będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 15) **zawał serca** – pełnościenne martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
2. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt 1), 3)– 4), 6)–8) oraz 12)–15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt. 1, ppkt. 2), 5) oraz 9)–11).
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Współmałżonka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka lub jeżeli poważna choroba Współmałżonka powstała w następstwie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1.14).
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Współmałżonka, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt. 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienia danej poważnej choroby Współmałżonka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienia danej poważnej choroby Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienia danej poważnej choroby Współmałżonka a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 7. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Współmałżonka, spośród wymienionych w pkt. 1.
 8. W przypadku kolejnej poważnej choroby Współmałżonka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
 9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Współmałżonek nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) Współmałżonek lub Ubezpieczony nie umożliwili Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Współmałżonka poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
 10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnej choroby u Współmałżonka;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1 ppkt. 14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 11. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 11.
13. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie 30 dni od:
 - 1) daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt. 1), 3)–4), 6)–8) oraz 12)–15) lub
 - 2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt. 1, ppkt. 2), 5) oraz 9)–11)
 Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Współmałżonka pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu poważnej choroby Współmałżonka.

13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **cukrzyca** – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
 - 2) **dystrofia mięśniowa** – postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia;
 - 3) **guzy śródczaszkowe** – wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu, niezłośliwe nowotwory, wymagające usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku, kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego, konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MRJ, TK, arteriografia) i opinią neurologa lub neurochirurga. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - a) malformacje naczyniowe;
 - b) -nienowotworowe guzy mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie);
 - c) torbiele;
 - d) -guzy przysadki mózgowej i szyszynki mniejsze niż 1 cm;
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium niewydolności nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki. Za niewydolność nerek nie uważa się ostrych zaburzeń czynności nerek (np. w wyniku zatrucia, wstrząsu) nawet, jeśli konieczne było zastosowanie dializ;
 - 5) **niewydolność wątroby** – krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczki i wodobrzusza, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby;
 - 6) **nowotwór złośliwy** – obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym

wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Dziecka. Ponadto zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:

- a) -rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN 1 – 3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
- b) -wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
- c) -czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (= < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia);
- d) -nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnokomórkowy i kolczystokomórkowy skóry;
- e) -wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 7) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 8) **śpiączka** – stan utraty przytomności, spowodowany chorobą lub urazem, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, przez co najmniej 6 miesięcy;
- 9) **zakażenie wirusem HIV** – jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilii lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 10) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzy tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 i dotyczących Dziecka lub jeżeli poważna choroba Dziecka powstała w następstwie:

- 1) pozostawania Dziecka pod wpływem leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia, a także pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1.
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Dziecka, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt. 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe, zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 7. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Dziecka, spośród wymienionych w pkt. 1.
 8. W przypadku kolejnej poważnej choroby Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
 9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Dziecko nie poddało się/nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) Dziecko lub Ubezpieczony nie umożliwili Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką Dziecko pozostawało lub nadal pozostaje.
 10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Dziecka poważnej choroby;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt.1 ppkt.9), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 11. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
 12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 11.
 13. W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni od daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Dziecka pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu poważnej choroby Dziecka.
- ### 14. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu oraz wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
 2. W przypadku poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
 3. Prawo do świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 zostanie przyznane, jeżeli operacja została przeprowadzona w szpitalu.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 lub jeżeli operacja była następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 4) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż

samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z operacją chirurgiczną:
 - 1) poddania się leczeniu stomatologicznemu, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która została zalecona lub o której postanowiono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 6.
6. Jeżeli wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
7. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 6, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
8. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt. 2 jest najwyższa.
9. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt. 2 i pkt. 8 jest najwyższa.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia o przebyciu operacji chirurgicznej;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia

zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.

11. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz który rozpoczął się:
 - 1) w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) 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.
3. W przypadku, o którym mowa w pkt. 2, ppkt. 2), Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu pobytu w szpitalu w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
4. 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.
5. 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.
6. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 4 i 5, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
7. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, a w przypadku o którym mowa w pkt. 2, ppkt. 2) - w dniu początku ochrony, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 3.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił w wyniku:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;

- 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) 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);
 - 7) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 8) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 12. W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego ciążą, poza pobytami związanymi z porodem, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w czasie trwania jednej ciąży.
 13. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 14. 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.
 15. 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. 4.
 16. 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.
 17. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 16;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 18. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 17.
- 16. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki,

speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;

- 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
9. 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.
10. 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.
11. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 10;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
12. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 11.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 2, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.

4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-3 oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka lub będących następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Współmałżonka związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu w szpitalu.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie Współmałżonka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 9;
 - 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;

- 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10.

18. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt w szpitalu Dziecka, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz który rozpoczął się:
- 1) w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpiezonego do niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku, o którym mowa w pkt. 1, ppkt. 2), Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu pobytu w szpitalu Dziecka w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu w szpitalu Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu, a w przypadku o którym mowa w pkt. 1, ppkt. 2) - w dniu początku ochrony, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 2.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka lub będących następstwem:
- 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 6) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem.
5. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, pościem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
6. W ciągu jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia,

jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

8. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
- 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpiezonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt Dziecka w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie szpitalne Dziecka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 8;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9.

19. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

1. W przypadku śmierci Współmałżonka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt. 1 i odnoszącą się do Współmałżonka.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
- 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zgonu Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpiezonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.

20. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-3 oraz ust. 3. i odnoszących się do Współmałżonka.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego

punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.

4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zgonu Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

21. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodziców, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt. 1 i odnoszącą się do Rodziców.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca lub matki.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Rodzica;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

22. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

1. W przypadku śmierci Teściów, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt. 1 i odnoszącą się do Teściów.
3. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, o ile Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka pod

warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca lub matki Współmałżonka.

5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów, Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.
6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) kserokopię aktu zgonu Teścia;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6.

23. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
2. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie dziecka nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.

24. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. W przypadku urodzenia Dziecka martwego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie dziecka martwego;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 2, gdzie potwierdzeniem urodzenia się martwego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.

25. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
Dziecko – dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat.
2. W przypadku śmierci Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt. 1 i odnoszącą się do Dziecka.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione - dokumentacji potwierdzającej przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

26. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego niezdolności do pracy;
 - 2) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego powodującej osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Dziecko Ubezpieczonego składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka oraz dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka, lub w przypadku Dziecka pełnoletniego, kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione - dokumentacji potwierdzającej przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

27. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej w kraju

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą

- rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
- 2) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania, Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o tym listem poleconym CPG. Usługi medycznego assistance w nowym miejscu zamieszkania będą świadczone po upływie 48 godzin od wpłynięcia pisma do CPG;
- 3) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarza;
- 4) **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, nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych;
- 5) **opieka nad dzieckiem/ osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych oraz bezpieczeństwa;
- 6) **opieka nad zwierzętami domowymi** – opieka w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego polegająca na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia domowego albo transport zwierzęcia do osoby wskazanej do opieki albo do najbliższego hotelu dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
- 7) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem, Osobą niesamodzielną lub zwierzętami domowymi. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad ww. osobami;
- 8) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy medycznej, opieki nad ludźmi lub zwierzętami, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt.5;
- 9) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym;
- 10) **zwierzęta domowe** – zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. psów uznanych za agresywne wg aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie

z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.

4. W przypadku nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub zajścia nieszczęśliwego wypadku, CPG zobowiązuje się zorganizować na terenie Rzeczypospolitej Polskiej usługi medycznego assistence w zakresie i na zasadach niniejszej Umowy Dodatkowej.

5. Zakresem odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej objęte są:

- 1) **Opieka medyczna** – zorganizowanie przez CPG, a także, tam gdzie jest to podane, pokrycie kosztów następujących usług, w zależności od potrzeby Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz decyzji lekarza CPG:

a) -wizyta lekarza – zorganizowanie wizyty lekarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego, pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza pod warunkiem, że miejsce pobytu jest oddalone od miejsca zamieszkania o co najmniej 50 km;

b) -wizyta pielęgniarki – zorganizowanie wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego, pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki, o ile wizyta została zlecona przez lekarza CPG (usługa obejmuje maksymalnie 7 wizyt w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG);

c) -transport medyczny – zorganizowanie transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG oraz pokrycie kosztów tego transportu. O celowości transportu do szpitala, o wyborze placówki medycznej oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz CPG;

d) -transport medyczny powrotny – zorganizowanie transportu ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego zaleconym przez lekarza CPG środkiem transportu i pokrycie kosztów tego transportu. O celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz CPG;

e) -transport na komisję lekarską oraz transport powrotny – zorganizowanie jednorazowego transportu z miejsca zamieszkania na komisję lekarską oraz z powrotem, zalecanym przez lekarza lub pracownika CPG środkiem transportu (koszty transportu pokrywa Ubezpieczony);

f) -dostarczenie leków – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia leków do miejsca pobytu, o ile zostało to zlecone przez lekarza CPG (bez kosztów leków);

g) -zorganizowanie procesu rehabilitacji albo pomocy psychologa, w zależności od wyboru Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:

- zorganizowanie procesu rehabilitacji
- ustalenie przez lekarza CPG koniecznych zabiegów rehabilitacyjnych oraz ich liczby bez pokrycia kosztów tych zabiegów, transport rehabilitanta na miejsce zamieszkania Ubezpieczonego bądź transport Ubezpieczonego Współubezpieczonego do placówki medycznej, wraz z pokryciem kosztów

transportu. Ubezpieczony / Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z nie więcej niż trzech usług transportu (w obie strony);

- zorganizowanie pomocy psychologa
- zorganizowanie oraz pokrycie kosztów nie więcej niż trzech wizyt u wyznaczonego przez CPG psychologa.

- 2) **Opieka nad ludźmi** – w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego będącego opiekunem osoby niesamodzielnej lub rodzicem Dziecka, CPG zorganizuje wybraną przez Ubezpieczonego usługę:

a) -opieka nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi w miejscu zamieszkania lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez pierwsze 3 dni od momentu poinformowania CPG o pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;

b) -transport osoby wskazanej do opieki – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do opieki nad Osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego;

c) -transport osób niesamodzielnych lub Dzieci do osoby wskazanej do opieki – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) osoby niesamodzielnej lub Dziecka do osoby wskazanej do opieki, bez organizacji opieki dla osoby niesamodzielnej lub Dziecka w trakcie podróży.

- 3) **Opieka nad zwierzętami** – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu oraz gdy z pisemnych informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż pobyt ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego bez opieki pozostaną zwierzęta domowe, CPG zorganizuje wybrane przez Ubezpieczonego usługi:

a) -opieka nad zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez maksymalnie pierwsze 72 godziny od momentu rozpoczęcia się opieki nad zwierzętami;

b) -transport zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do hotelu dla zwierząt do kwoty 300 PLN.

- 4) **Infolinia Medyczna** – całodobowe usługi informacyjne w zakresie między innymi takich zagadnień, jak:

- a) krótka informacja medyczna o danym schorzeniu, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia, w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa;
- b) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
- c) -krótka informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) - w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa;

- d) informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju;
 - e) informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych;
 - f) informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych;
 - g) informacja o rekomendowanych placówkach leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznej).
6. W przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego (nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie) Ubezpieczony / Współubebezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance tylko jeden raz. Powyższe ograniczenie nie dotyczy usług Infolinii Medycznej.
7. Łączna wartość wszystkich usług medycznego assistance świadczonych w danym roku polisowym, w stosunku do jednego Ubezpieczonego oraz Współubebezpieczonych, nie może przekraczać wartości sumy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1. pkt. 1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie było bezpośrednio lub pośrednio spowodowane:
- 1) leczeniem stomatologicznym, operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) pobraniem narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
9. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
- 1) w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Ubezpieczony, Współubebezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG;
 - 2) Ubezpieczony, Współubebezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona powinna podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer certyfikatu;
 - d) krótki opis zajścia zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym, Współubebezpieczonym lub osobą przez niego wskazaną;
 - f) -inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług;
 - 3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień

Ubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybytemu na miejsce zdarzenia ważny certyfikat pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance;

- 4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ppkt. 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG, CPG może odmówić organizacji świadczeń.

10. Refundacje

- 1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubebezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
- 2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług 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. Bezzsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt. 3).

28. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej

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

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje:
 - 1) sporządzenie drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a) -udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b) -przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c) -przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d) -zapewnienia sporządzenia drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e) -przetłumaczenia drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje.
 - 2) Wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) -wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) -dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
 - 3) Zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) -zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) -zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca, gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) -zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) -przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
 3. Ubezpieczony ma prawo do usług określonych w pkt. 2 ppkt. 2) i 3), o ile wcześniej została sporządzona dla niego druga opinia medyczna.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje proces zorganizowania usług określonych w pkt. 2, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
 6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia, o ile rozpoznano u niego chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia, a w szczególności:
 - 1) chorobę Alzheimera;
 - 2) chorobę neuronu ruchowego;
 - 3) chorobę Parkinsona;
 - 4) chorobę serca;
 - 5) niewydolność nerek;
 - 6) nowotwór;
 - 7) paraliż;
 - 8) poważne poparzenie;
 - 9) stwardnienie rozsiane;
 - 10) śpiączkę;
 - 11) transplantację organów;
 - 12) udar mózgu;
 - 13) utratę mowy;
 - 14) utratę słuchu;
 - 15) utratę wzroku;
 - 16) zakażenie wirusem HIV.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1, pkt. 1-3 oraz ust. 3.
 8. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) chorób psychicznych, nerwic, zatrucia alkoholem, narkotykami bądź innymi środkami, odurzającymi;
 - 2) operacji plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem leczenia oparzeń;
 - 3) przypadków związanych lub będących następstwem usuwania ciąży;
 - 4) leczenia i zabiegów dentystycznych;
 - 5) leczenia odwykowego.
 9. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer certyfikatu;
 - 4) okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
 10. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
 11. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie drugiej opinii medycznej.
 12. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek zawarty w pkt. 11.
 13. W przypadku, gdy sporządzenie drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w pkt. 12, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.
- ### 29. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej
1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Formularz Potwierdzenia Odpowiedzialności** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, określający aktualny poziom i okres odpowiedzialności Towarzystwa, będący zobowiązaniem do pokrycia kosztów rehabilitacji medycznej;
 - 2) **placówka rehabilitacyjna** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie

- zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Pojęcie „placówka rehabilitacyjna” nie obejmuje domu opieki, hospicjum lub ośrodka wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 3) **rehabilitacja** – integralna część leczenia szpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia szpitalnego, którego jest następstwem.
2. Zakres odpowiedzialności obejmuje:
- 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.
3. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych:
- 1) które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) których wykonanie wymaga działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1, pkt. 1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli była bezpośrednią lub pośrednio spowodowana:
- 1) chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego oraz ich skutkami;
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) udziałem w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 4) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. W przypadku, kiedy leczenie realizowane było w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w ośrodku tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
6. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
7. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na pokryciu kosztów rehabilitacji przeprowadzonej w placówce Partnera Medycznego albo na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację poza placówką Partnera Medycznego.
8. Świadczenie polegające na pokryciu kosztów rehabilitacji spełniane jest poprzez wystawienie Ubezpieczonemu Formularza Potwierdzenia Odpowiedzialności, będącego zobowiązaniem Towarzystwa do pokrycia kosztów rehabilitacji i określającego ich maksymalną wysokość. Ubezpieczony ma obowiązek przedłożenia Formularza w placówce Partnera Medycznego, w której przeprowadzana będzie rehabilitacja.
9. Świadczenie polegające na refundacji kosztów rehabilitacji wykonanej poza placówką Partnera Medycznego spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
10. W celu otrzymania świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia w Towarzystwie następujących dokumentów:
- 1) formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę, dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg jest skutkiem doznanego urazu, itp.);
 - 4) kopię wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 5) w przypadku wniosku o pokrycie kosztów rehabilitacji w placówce Partnera Medycznego - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem ma być leczenie rehabilitacyjne;
 - 6) w przypadku wniosku o refundację kosztów rehabilitacji wykonanej poza placówką Partnera Medycznego - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem było leczenie rehabilitacyjne oraz fakturę / faktury za rehabilitację.
11. W przypadku refundacji kosztów rehabilitacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów niż wymienione w pkt. 10 ppkt. 4 i 5, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.
12. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, do łącznej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w certyfikacie. Wysokość świadczenia z tytułu jednego zdarzenia nie może przekraczać 65% sumy ubezpieczenia.

Artykuł XVI

Umowa Dodatkowa dotycząca

Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

1. Dodaje się następujące pojęcia:

1. **alokacja** – określony w Polisie procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa;
 2. **cena nabycia jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa;
 3. **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa;
 4. **dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki doraźne pochodzące ze środków Ubezpieczonego;
 5. **fundusz** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;
 6. **podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki pochodzące ze środków Ubezpieczającego i wpłacane na rzecz Ubezpieczonego;
 7. **składka doraźna** – kwota wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;
 8. **wartość dodatkowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 9. **wartość podstawowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.
2. Zakres Umowy Dodatkowej
1. Celem Umowy Dodatkowej jest inwestowanie środków wpłacanych jako składka inwestycyjna i składka doraźna.
 2. Inwestowanie składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.
 3. Cel, o którym mowa w pkt. 1 realizowany jest od późniejszej z dat:
 - 1) określonego w certyfikacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej;
 - 2) opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
 4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, jej postanowienia w zakresie zarządzania aktywami funduszu realizowane są w całym okresie, w którym wartość podstawowa lub wartość dodatkowa jest wartością dodatnią.
3. Składki
1. Wraz z zawarciem Umowy Dodatkowej, składka należna za Ubezpieczonego stanowi sumę składki ochronnej i składki inwestycyjnej i płatna jest w terminach przewidzianych w Umowie Podstawowej.

2. Ubezpieczający i Ubezpieczony określają podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej oraz składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
 3. W każdym czasie, z wykluczeniem okresu zawieszenia opłacania składki ochronnej, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
 4. Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa oświadczenia stosownej treści osoby dokonującej wpłaty składki doraźnej.
 5. Wpłata składki doraźnej nie zwalnia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składki całkowitej.
 6. Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej.
 7. Zawieszenie, o którym mowa w pkt. 6, następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
 8. Niezależnie od innych postanowień, zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej obowiązuje w okresie zawieszenia opłacania składki ochronnej.
 9. Wznowienie opłacania składki inwestycyjnej po jej zawieszeniu następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
 10. Składka inwestycyjna przestaje być opłacana w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy.
4. Fundusze
1. W celu inwestowania składek inwestycyjnych i składek doraźnych Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
 2. Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczonego i Ubezpieczającego, w odpowiednich częściach, jedynie do udziału w aktywach funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
 3. Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
 4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o wartość zobowiązań funduszu w dniu wyceny oraz o koszty związane ze sprzedażą, zakupem składników aktywów funduszu i z obsługą samego funduszu, a także zobowiązania podatkowe, wynikające z przepisów prawa, wyznaczając w ten sposób wartość aktywów brutto funduszu.
 5. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu wyceny jako odpowiednia część, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny. Wartość aktywów brutto funduszu pomniejszona o opłatę za zarządzanie funduszem wyznacza wartość aktywów netto funduszu.

6. Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa oblicza się przez podzielenie wartości aktywów netto funduszu przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu. Otrzymany wynik zaokrągla się o nie więcej niż 1%.
 7. Różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.
 8. Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
5. Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek
1. W dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Towarzystwo otwiera rachunki jednostek uczestnictwa, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
 2. Po wpłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczającego nabywane są jednostki uczestnictwa na podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 3. Po wpłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpiezonego nabywane są jednostki uczestnictwa na dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 4. Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa odpowiednio na podstawowy lub dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w pierwszym dniu roboczym po dacie wpływu składki doraźnej na rachunek Towarzystwa.
 5. Liczba jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
 6. W pierwszym dniu każdego miesiąca Polisy Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną za każdego Ubezpiezonego.
 7. Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z podstawowego albo dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa, zgodnie ze wskazaniem zawartym w Polisie. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia opłaty. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości podstawowej lub dodatkowej.
6. Zmiany funduszy
1. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo zmienić podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze, określone w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zmiana podziału składki inwestycyjnej ma zastosowanie od pierwszego terminu należności składki następującego po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
 2. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie pierwszej w danym roku polisowym zmiany podziału składki inwestycyjnej. Dokonanie każdej kolejnej zmiany podziału składki inwestycyjnej podlega opłacie określonej w Tabeli opłat i limitów.
 3. Opłata za kolejne zmiany podziału składki inwestycyjnej jest pobierana poprzez umorzenie jednostek na rachunku, którego zmiana dotyczy. Liczba umorzonych jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 4. Ponadto:
 - 1) Ubezpieczający ma prawo określenia, dla wskazanych Ubezpieczonych, procentu liczby jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu, znajdujących się na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa, który zostanie przeniesiony do wybranego funduszu;
 - 2) Ubezpieczony ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu procentu liczby jednostek uczestnictwa, znajdujących się na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.
 5. W sytuacji, o której mowa w pkt. 4, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży jednostki z dnia następnego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 6. Pierwsze w roku polisowym przeniesienie dokonane odpowiednio z rachunku podstawowego i dodatkowego nie podlega dodatkowej opłacie. Każde kolejne w roku polisowym przeniesienie podlega opłacie określonej w Tabeli opłat i limitów.
 7. Opłata za kolejne w roku polisowym przeniesienia naliczana jest poprzez pomniejszenie kwoty wartości przenoszonych jednostek o kwotę opłaty. Do obliczenia wartości przenoszonych jednostek stosuje się cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 8. Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa.
 9. Towarzystwo dokona zmian w funduszach po otrzymaniu pisemnego oświadczenia odpowiednio od Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego.

7. Wypłaty

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości podstawowej i wartości dodatkowej.
2. W sytuacji, o której mowa w pkt. 1, do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia.
3. Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w pkt. 1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości wypłaty.
4. Do daty osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, prawo do rozporządzania wartością podstawową przysługuje Ubezpieczającemu, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 9 i 10.
5. W stosunku do każdego Ubezpieczonego w okresie 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta jest data początku jego ochrony ubezpieczeniowej, wyklucza się wypłatę wartości podstawowej.
6. Z datą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, prawo do wartości podstawowej przysługuje Ubezpieczonemu.
7. Prawo do wartości dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
8. W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym i przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 5;
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy.
9. W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
 - 1) na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę manipulacyjną, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 5;
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę manipulacyjną.
10. W przypadku wygaśnięcia Umowy Dodatkowej wskutek jej wypowiedzenia przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
 - 1) na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 5;
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej.
11. Istnieje możliwość dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata części sumy wartości podstawowej i wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem

postanowień pkt. 5 i pkt. 8-10. Wysokość tej wypłaty oraz pozostająca po jej wypłacie wartość podstawowa lub dodatkowa nie mogą być niższe od wartości minimalnych, określonych przez Towarzystwo. Po dokonaniu wypłaty częściowej Towarzystwo pobierze z rachunku jednostek uczestnictwa opłatę manipulacyjną.

12. Do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości podstawowej lub wartości dodatkowej.
13. W przypadku osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Ubezpieczony ma prawo do otrzymania wartości podstawowej oraz wartości dodatkowej w formie wypłaty jednorazowej bądź w formie regularnych wypłat. Towarzystwo wypłaci wartość podstawową oraz wartość dodatkową po otrzymaniu wniosku od Ubezpieczonego. Wysokość regularnej wypłaty nie może być niższa od wartości minimalnej, określonej przez Towarzystwo i podanej w Polisie. W następstwie każdej regularnej wypłaty liczba jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunkach inwestycyjnych zostaje pomniejszona o liczbę jednostek uczestnictwa wynikającą z podzielenia kwoty regularnej wypłaty przez cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa. Kwota regularnej wypłaty zostaje pomniejszona o opłatę z tytułu wypłaty regularnej.

8. Opłaty

Wysokości opłat, o których mowa w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, określone są w Tabeli opłat i limitów stanowiących załącznik do Polisy. Towarzystwo ma prawo dokonywać okresowych zmian opłat. Zmiana opłat następuje w oparciu o zmianę wskaźnika wzrostu cen i usług konsumpcyjnych publikowanego przez GUS i nie może przekroczyć 150% zmiany ww. wskaźnika w okresie od dnia wprowadzenia niniejszej Umowy Dodatkowej do dnia dokonania zmiany lub w okresie pomiędzy zmianami.

Artykuł XVII

Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym, bądź rozwiązania Umowy, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 1. Ubezpieczony złoży w Towarzystwie w tej sprawie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z ww. zdarzeń, powodującego wygaśnięcie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej;
 2. Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy przez okres co najmniej 12 miesięcy; w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), upływ okresu ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy jest nie dłuższy niż 30 dni;
 3. Ubezpieczony nie jest całkowicie ani częściowo niezdolny do pracy.
2. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia polega na zawarciu z Ubezpieczonym umowy indywidualnego

kontynuowanego ubezpieczenia na życie, na warunkach przedstawionych przez Towarzystwo, po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, pkt. 1.

Artykuł XVIII

Skargi i zażalenia

1. 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. Roszczenia z tytułu Umowy podlegają jurysdykcji sądów polskich.
2. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek ten zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.
3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia, może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Artykuł XIX

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, Umowa może zostać zawarta na warunkach odbiegających od postanowień OWU.
2. Pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU wymagają pisemnego ich potwierdzenia.
3. Zawiadomienia oraz oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, dotyczące Umowy, należy kierować pisemnie na adres siedziby Towarzystwa. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o zmianie adresu, przyjmuje się, że wszelka korespondencja wysłana przez Towarzystwo na ostatni znany mu adres została prawidłowo doręczona.
4. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają odpowiednio obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
6. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/12/2007 z dnia 5 grudnia 2007 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 6 grudnia 2007 roku.

Artur Olech



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

Michał Gomowski



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

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX

Tabela uszczerbków na zdrowiu

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

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

8. Padaczka: a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia c) padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany eeg, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	100 30-70 20-30
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie): a) otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie eeg. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	100 50-70
10. Nerwice: a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo - mózgowym b) utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała - w zależności od stopnia zaburzeń c) zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	2-10 2-10 5-30
11. Zaburzenia mowy: a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agramią i aleksją b) afazja całkowita motoryczna c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się d) afazja nieznacznego stopnia	80 60 30-40 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnętrznych pochodzenia ośrodkowego) a) znacznie upośledzające czynność ustroju b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	40-60 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej: a) nerwu okoruchowego: -w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia -w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia b) nerwu błotkowego c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15 10-30 3 1-5
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzeciowego - w zależności od stopnia uszkodzenia Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzeciowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 48	5-20
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
B. Uszkodzenia twarzy	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, slinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	1-10 10-30 30-60
20. Uszkodzenia nosa: a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia - zależnie od rozległości uszkodzenia b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa) Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.	1-10 5-20 10-25 5 30
21. Utrata zębów: a) siekacze i kły - za każdy ząb b) pozostałe zęby począwszy od dwóch - za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1 1

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

22. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw rzekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów): a) szczęki b) żuchwy	40 50
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów: a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	1-5 5-10
25. Ubytek podniebienia: a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-30 25 - 40
26. Ubytki języka: a) bez zaburzeń mowy i połykania b) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń d) całkowita utrata języka	1 - 3 5 - 15 15 - 40 50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

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

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

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b) Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38		
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych: a) jednego oka b) obu oczu	15 30		
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a) rozdarcie naczyńówki jednego oka b) zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka d) zanik nerwu wzrokowego	wg tabeli z p.27a		
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących: a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z p.27a		
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a		
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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 - oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)				
			wg tabeli z p.27a	
41. Przewlekłe zapalenie spojówek				
			1-10	
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: (obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.))				
Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) utrata części małżowiny			1-5	
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)w zależności od stopnia			5-10	
c) utrata jednej małżowiny			15	
d) utrata obu małżowin			25	
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z p. 42	
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:				
a) jednostronne			1-5	
b) obustronne			10	
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:				
a) jednostronne			5-15	
b) obustronne			10-20	
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu				wg tabeli z p. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				
a) z uszkodzeniem części słuchowej			wg tabeli z p. 42	
b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia				
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia				

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia b) dwustronne	10-40 20-60
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej: a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia b) z bezgłosem	35-50 60
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia: a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową c) z niewydolnością oddechowo-krążeniową	1-20 20-45 45-60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące: a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania b) odżywianie tylko płynami c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	10-30 50 80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi - w zależności od stopnia i ustawienia głowy: a) niewielkiego stopnia b) znacznego stopnia Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniany jest według poz. 89.	1-5 15-30
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Błizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej: a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-15 15-30
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości): a) brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita b) utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn: - częściowa - całkowita - z częścią mięśnia piersiowego	1-5 1-15 15-25 25-35
58. Złamanie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.): a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc b) z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc - w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	1-5 5-25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.) a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową - w zależności od stopnia Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	5-10 20-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	20-80
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia a) z wydolnym układem krążenia b) z objawami względnej wydolności układu krążenia c) z objawami niewydolności krążenia - w zależności od stopnia niewydolności Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii .	2-10 20-30 40-90
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 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.	1-30
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci: a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	2-10 11-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę: a) jelita cienkiego b) jelita grubego	30-80 20-50
68. Przetoki okołoodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy - w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71. Utrata śledziony a) bez większych zmian w obrazie krwi b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	15 30
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji: a) nieznacznego stopnia b) znacznego stopnia	5-10 20-60
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79. Zwężenie cewki moczowej: a) powodujące trudności w oddawaniu moczu b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	15 30-50 50-60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy: a) w wieku do 45 lat b) w wieku powyżej 45 lat	40 20
86. Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych: a) pochwy b) pochwy i macicy	10 30
I. Ostre zatrucia i ich następstwa (Orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)	

87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych): a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	1-10 10-25
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięsaszowych przewodu pokarmowego - w zależności od stopnia uszkodzenia Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	5-15
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym: a) z ograniczeniem ruchomości - bez trwałych zniekształceń kręgów b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni - ze zniekształceniem miernego stopnia c) z całkowitym zeszytywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	1-10 10-35 35-50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym: a) bez zniekształceń - w zależności od stopnia uszkodzenia b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości c) znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	1-10 10-25 25-40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych - w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	5-10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego: a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch lasek c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym) e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym) f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń	100 60-70 30-40 100 60-70 20-30 20-40 5-30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólów, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia: a) szyjne b) piersiowe c) lędźwiowo-krzyżowe d) guziczne	1-20 1-10 1-25 1-5
K. Uszkodzenia miednicy	
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu a) niewielkiego stopnia b) dużego stopnia	1-10 10-35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu: a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa) b) w odcinku przednim i tylnym	1-15 15-45
97. Złamanie dna panewki - z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi: a) zwichnięcie I° - nieznaczne zmiany b) zwichnięcie II° - wyraźne zmiany c) zwichnięcie III° - duże zmiany	1-10 10-20 20-35

d) zwichnięcie IV° - bardzo duże zmiany 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.	35-45	
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	1-20	
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według zasad przewidzianych w Tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.		
	Prawa	Lewa
99. Złamanie łopatki: a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.	1-5 5-40	5-30
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów: a) nieznaczne zmiany b) wyraźne zmiany	1-10 10-25	1-5 5-20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny: a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-25	1-5 5-20
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia: a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-25	1-5 5-20
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+ 5	
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
	Prawa	Lewa
104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych: a) nieznacznego stopnia b) średniego stopnia c) dużego stopnia	1-10 10-20 20-30	1-5 5-15 15-25
105. Zastarzałe nie odprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106. Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i Rtg	25	20
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń oceniany jest według norm neurologicznych.	25-40	20-35
108. Zesztywnienie stawu barkowego: a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20-35 40	10-30 35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111. Utrata kończyny w barku	75	70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75

113. Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny: a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5-15 15-30 30-55	5-10 10-25 25-50
114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: a) mięśnia dwugłowego b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	1-15 10-20	1-10 10-15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia: a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej b) przy dłuższych kikutach	70 65	65 60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	
117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany	1-5 5-15 15-30	1-4 5-10 10-25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego: a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°) b) z brakiem ruchów obrotowych c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	30 35 50	25 30 45
119. Przykurcz w stawie łokciowym - w zależności od zakresu zgięcia, wyprostowania i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia: a) przy niemożności zgięcia do 90° b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.	10-30 3-15	5-25 2-10
120. Cepowy staw łokciowy - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych: a) niewielkie zniekształcenia b) średnie zniekształcenia c) znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	1-5 5-20 15-25	1-4 5-10 10-20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: a) niewielkie zniekształcenia b) średnie zniekształcenia c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	1-5 5-20 20-35	1-4 5-15 15-30
124. Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń - z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej a) niewielkie zmiany b) znaczne zmiany	1-5 5-20	1-4 5-15
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-20 20-35	10-15 15-30
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-25 25-40	10-20 20-35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do 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 b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	1-10 10-20 20-30	1-8 8-15 15-25
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia funkcji dłoni i palców	15-30 25-45	10-25 20-40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134. Uszkodzenie śródręcza - części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) rozległe zmiany	1-5 5-10 10-20	1-4 4-8 8-18
135. Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych a) utrata opuszki b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka) d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	1-5 5-10 10-15 15-20 20-30	1-3 3-8 8-10 10-15 15-25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujące upośledzenie funkcji kciuka: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) znaczne zmiany d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.	1-5 5-15 15-20 20-25 25-30	1-4 4-13 13-18 18-23 23-33
137. Utraty w obrębie palca wskazującego: a) utrata opuszki b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3 e) utrata trzech paliczków f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	1-5 5-7 8 8-12 17 17-23	1-3 3-5 5 5-10 15 15-20
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca: a) niewielkie zmiany b) zmiany średniego stopnia c) zmiany dużego stopnia d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	1-5 5-10 10-15 17	1-4 5-8 8-13 15
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka: a) palca trzeciego i czwartego - za każdy palec b) palca piątego - za każdy palec	3 1	2 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 b) znaczne ograniczenie funkcji palca	1-2 2-4	1 1-3

c) bezużyteczność palca granicząca z utratą 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%.	7	5
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu 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 b) znacznego stopnia	1-10 10-25	
144. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15-35 30-60	
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkłętarzowych i podkłętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi: a) ze zmianami miernego stopnia b) ze zmianami dużego stopnia c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	2-20 20-40 40-65	
146. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o: Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: 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.	+5-15	
147. Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach: a) z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	1-15 15-30 30-40	
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60	
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji: a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-10 10-20	
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30	
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10	
152. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%	5-65	
153. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70	
154. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki - z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	1-10 10-25 25-40	

155. Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkówek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji a) utrata ruchomości w zakresie 180°-140° za każde 2° ubytku ruchu b) utrata ruchomości w zakresie 140°-90° za każde 5° ubytku ruchu c) utrata ruchomości w zakresie 90°-30° za każde 10° ubytku ruchu Uwaga: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°-180°.	+1 +1 +1
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	1-10 10-20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.: a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	2-15 15-25 25-50
159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia: a) niewielkie i średnie zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej b) przy dłuższych kikutach	60 40-55
162. Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia a) niewielkiego stopnia b) średniego stopnia c) dużego stopnia d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	1-5 5-10 10-25 25-40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statycznie – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań: a) pod kątem zbliżonym do prostego b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	5-20 20-30 30-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany z częściową utratą kości	1-10 10-20 20-30
165. Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi: a) miernego stopnia - zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami - zależnie od wielkości zaburzeń	1-10 10-20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy: a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych b) złamania II, III lub IV kości śródstopia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia - w zależności od zaburzeń czynnościowych	1-15 1-10 10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 168, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10

169. Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcające i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	1-5 5-15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia cech kikuta	20-30
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
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 b) nerwu piersiowego długiego c) nerwu pachowego d) nerwu mięśniowo-skórnego e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójąłowego ramienia f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójąłowego ramienia g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka k) nerwu łokciowego l) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) m) spłotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego o) nerwu zastłowego p) nerwu udowego q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego) r) nerwu sromowego wspólnego s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) u) nerwu strzałkowego v) spłotu lędźwiowo-krzyżowego w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	5-15 5-15 5-10 10-25 10-20 10-25 5-20 15-45 5-35 10-30 5-25 5-25 5-15 5-15 1-10 10-40 5-30 5-25 5-15 10-30 5-20 15-25 10-20 25-45 20-40 1-15 5-15 10-30 10-20 5-25 20-60 10-40 10-20 40-70 1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.	
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/12/2007 z dnia 5 grudnia 2007 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX od dnia 6 grudnia 2007 roku.

Artur Olech



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

Michał Gomowski



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

Załącznik nr 2

do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX

Katalog Operacji Chirurgicznych

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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

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

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

147	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
148	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
149	Wycięcie odbytnicy	B
150	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
151	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	E
152	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	E
153	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	E
154	Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
155	Zespoleńie omijające okrężnicę	C
156	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
157	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
158	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
159	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	C
160	Przezwieraczkowe operacje odbytnicy	C
161	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
162	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
163	Wycięcie poprzecznicy	B
164	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
165	Wycięcie esicy	B
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
166	Przeszczep wątroby	A
167	Częściowe wycięcie wątroby	B
168	Operacja naprawcza wątroby	B
169	Nacięcie wątroby	D
170	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
171	Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
172	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
173	Zespoleńie pęcherzyka żółciowego	C
174	Przezkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	D
175	Wycięcie przewodu żółciowego	B
176	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
177	Zespoleńie przewodu żółciowego	C
178	Zespoleńie przewodu żółciowego wspólnego	C
179	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
180	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
181	Nacięcie przewodu żółciowego	C
182	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	C
183	Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	C
184	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
185	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy)	E
186	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	D
187	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
188	Przeskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
189	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
190	Przeszczep trzustki	A
191	Całkowite wycięcie trzustki	A
192	Wycięcie głowy trzustki	A
193	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	C
194	Zespoleńie przewodu trzustkowego	B
195	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
196	Nacięcie trzustki	C
197	Przezkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

198	Całkowite wycięcie śledziony	D
OPERACJE SERCA		
199	Przeszczep serca i płuc	A
200	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	A
201	Wewnątrzpedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	A
202	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	A
203	Zamknięcie kanału pedsionkowokomorowego	A
204	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzypredsionkowej	A
205	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	A
206	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	A
207	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
208	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	A
209	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
210	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
211	Plastyka pedsionka serca	A
212	Walwuloplastyka mitralna	A
213	Walwuloplastyka aortalna	A
214	Plastyka zastawki trójdzielnej	A
215	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
216	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	A
217	Rewizja plastyki zastawki serca	A
218	Otwarta walwulotomia	A
219	Zamknięta walwulotomia	A
220	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
221	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	A
222	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	A
223	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	A
224	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	A
225	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	A
226	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	A
227	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	A
228	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodŃcoprzewodzącego serca	A
229	Wszczepienie systemu wspomagania serca	C
230	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	C
231	Inny system rozrusznika serca	C
232	Wycięcie osierdzia	A
233	Drenaż osierdzia	B
234	Przecięcie osierdzia	D
235	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
236	Operacja przetrwalego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
237	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	A
OPERACJE NACZYŃ TĘNICZYCH ORAZ ŻYLNICH		
238	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
239	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
240	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
241	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
242	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
243	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
244	Rewizja protezy aortalnej	A
245	Plastyczna operacja naprawcza aorty	A
246	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
247	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

248	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
249	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
250	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
251	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
252	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	B
253	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
254	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	B
255	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
256	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
257	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
258	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
259	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	B
260	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	A
261	Odtworzenie tętnicy udowej	A
262	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	C
263	Rewizja odtworzonej tętnicy	B
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
264	Przeszczep nerki	B
265	Całkowite wycięcie nerki	B
266	Częściowe wycięcie nerki	C
267	Wycięcie zmiany w nerce	C
268	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
269	Nacięcie nerki	E
270	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
271	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię.	E
272	Wycięcie moczowodu	C
273	Odprowadzenie moczu przez przetokę	B
274	Ponowne wszczępienie moczowodu	C
275	Operacja naprawcza moczowodu	C
276	Nacięcie moczowodu	E
277	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
278	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
279	Operacje ujścia moczowodu	D
280	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
281	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
282	Powiększenie pęcherza moczowego	B
283	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
284	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
285	Operacje pęcherza mające na celu zwiększenie pojemności	D
286	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego i przezpochwowego u kobiet	C
287	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego u kobiet	C
288	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego u kobiet	C
289	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	E
290	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
291	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	E
292	Wycięcie cewki moczowej	C
293	Operacja naprawcza cewki moczowej	C
294	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
295	Operacje ujścia cewki moczowej	E

OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
296	Wycięcie moszny	D
297	Obustronne wycięcie jąder	C
298	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	D
299	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
300	Proteza jądra	D
301	Operacja wodniaka jądra	E
302	Operacje najądrza	E
303	Wycięcie nasieniowodu	E
304	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
305	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
306	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
307	Amputacja prącia	C
308	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	D
309	Operacja plastyczna prącia	C
310	Proteza prącia	E
311	Operacje napletka	E
312	Operacje łechtaczki	E
313	Wycięcie sromu	C
314	Operacja naprawcza sromu	E
315	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	E
316	Nacięcie kanału pochwy	E
317	Wycięcie pochwy	E
318	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
319	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	D
320	Operacja plastyczna pochwy	E
321	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
322	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
323	Operacje zatoki Douglasa	E
324	Amputacja szyjki macicy	D
325	Brzuszne wycięcie macicy	C
326	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
327	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	E
328	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
329	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
330	Częściowe wycięcie jajowodu	E
331	Implantacja protezy jajowodu	E
332	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
333	Nacięcie jajowodu	D
334	Operacje strzępków jajowodu	E
335	Częściowe wycięcie jajnika	E
336	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	C
337	Operacja naprawcza jajnika	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
338	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
339	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
340	Otwarte wycięcie opłucnej	B
341	Otwarty drenaż opłucnej	C
342	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
343	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	A
344	Operacja przepukliny pachwinowej	E
345	Operacja przepukliny udowej	E

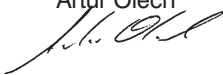
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

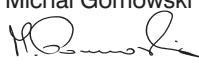
346	Operacja przepukliny pępkowej	E
347	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
348	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	C
349	Otwarty drenaż otrzewnej	C
350	Operacje sieci większej	C
351	Operacje krezki jelita cienkiego	C
352	Operacje krezki okrężnicy	C
353	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
354	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
355	Przeszczep powięzi	E
356	Wycięcie powięzi brzucha	E
357	Wycięcie innej powięzi	E
358	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
359	Rozdzielenie powięzi	E
360	Uwolnienie powięzi	E
361	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
362	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
363	Przemieszczenie ścięgna	D
364	Wycięcie ścięgna	D
365	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
366	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	D
367	Zmiana długości ścięgna	E
368	Wycięcie pochewki ścięgna	E
369	Przeszczep mięśni	C
370	Wycięcie mięśnia	E
371	Operacja naprawcza mięśnia	E
372	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
373	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
374	Operacje przewodu limfatycznego	B
375	Operacje kieszonki skrzelowej	D
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
376	Plastyka czaszki	B
377	Otwarcie czaszki	A
378	Wycięcie kości twarzy	D
379	Nastawienie złamania szczęki	D
380	Nastawienie złamania innej kości twarzy	D
381	Rozdzielenie kości twarzy	C
382	Stabilizacja kości twarzy	D
383	Wycięcie żuchwy	C
384	Nastawienie złamania żuchwy	D
385	Rozdzielenie żuchwy	D
386	Stabilizacja żuchwy	D
387	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
388	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	A
389	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	B
390	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	A
391	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
392	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
393	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	B
394	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
395	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
396	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM MAX

397	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
398	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
399	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
400	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	C
401	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	A
402	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	B
403	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	B
404	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	A
405	Wycięcie zmiany kręgosłupa	B
406	Odbarczenie złamania kręgosłupa	B
407	Stabilizacja złamania kręgosłupa	B
408	Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
409	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
410	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
411	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	C
412	Całkowite wycięcie kości	D
413	Wycięcie kości ektopowej	E
414	Wycięcie zmiany w obrębie kości	D
415	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
416	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
417	Rozdzielenie trzonu kości	D
418	Rozdzielenie kości stopy	D
419	Dreanaż kości	D
420	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzna)	D
421	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
422	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	D
423	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
424	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzna)	D
425	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
426	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
427	Wyciąg szkieletowy kości	E
428	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
429	Replantacja kończyny górnej	C
430	Replantacja kończyny dolnej	C
431	Replantacja innego organu	C
432	Transplantacja międzyukładowa	C
433	Wszczepienie protezy kończyny	A
434	Amputacja w zakresie ramienia	C
435	Amputacja ręki	D
436	Amputacja nogi	C
437	Amputacja stopy	D
438	Amputacja palucha	E
439	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D
440	Amputacja brzuszno-miedniczna	B

Niniejszy Katalog Operacji Chirurgicznych, stanowiący Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/12/2007 z dnia 5 grudnia 2007 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX od dnia 6 grudnia 2007 roku.

Artur Olech

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

Michał Gomowski

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

ANEKS NR 1 Z DNIA 15 WRZEŚNIA 2008 ROKU DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX NR 3/2007

Niniejszym dokonuje się w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 3/2007, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr **GL/1/12/2007** z dnia **5 grudnia 2007 r.** zwanych dalej OWU, następujących zmian:

1. W Art. III ust. 3 dodaje się następujące punkty:
 30. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 31. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 32. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 33. trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 34. trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 35. urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.
2. Art. V ust. 12 przyjmuje nowe następujące brzmienie: Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust 3 pkt. 4-6, 10-17, 27 oraz pkt. 29-32 może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.
3. Art. VI ust. 3 przyjmuje nowe następujące brzmienie: Wznowienie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego z zastosowaniem 6. miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty wznowienia odpowiedzialności Towarzystwa, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonej o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną – okres karencji wynosi 9 miesięcy.
4. Art. XI ust. 5 przyjmuje nowe następujące brzmienie: Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 4 - 6, 10-17, 27 oraz pkt. 29-32, kończy się w dniu rocznicy Polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
5. W Art. XII ust. 5 zdanie drugie przyjmuje nowe następujące brzmienie: W przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonej o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną okres karencji wynosi 9 miesięcy, a w przypadku pozostałych Umów Dodatkowych okres karencji wynosi 6 miesięcy.
6. Art. XIV ust. 2 przyjmuje nowe następujące brzmienie: Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt. 5-25 oraz pkt. 28-35 przysługuje Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust. 11.
7. W Art. XV ust. 23 dodaje się pkt. 5: Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka

rozszerzonej o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.

8. W Art. XV dodaje się następujące ustępy:

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

 1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję: **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
 - 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 - 2) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - 3) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt 1), chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
 Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku, sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.
 2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych

Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;

- 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
 9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9.

31. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz

- 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 3) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz zdefiniowanych poniżej:
 - 1) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
 - 2) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-3 oraz ust. 3.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego

w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;

- 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.

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

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem Współmałżonka, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3. i dotyczących Współmałżonka.
4. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Współmałżonek w jego wyniku zmarł.
5. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Współmałżonek jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Współmałżonek umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka oraz przebieg leczenia;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 8.
8. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.

9. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Współmałżonka.
 10. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 6.
 12. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 13. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, która ma zastosowanie przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków, skutków zawału serca bądź udaru mózgu Ubezpieczonego oraz stanowi Załącznik nr 1 do OWU.
 14. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Współmałżonka.
 15. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- 34. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
Dziecko – dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat.
 2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem Dziecka, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 oraz dotyczących Dziecka.
 5. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Dziecko w jego wyniku zmarło.
 6. W przypadku, gdy Dziecko nie poddało się/nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu złagodzenia skutków wypadku, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 7. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz przebieg leczenia;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 8. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 7 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 9.
 9. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 10. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Dziecka.
 11. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 12. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 7.
 13. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 14. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, która ma zastosowanie przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków, skutków zawału serca bądź udaru mózgu Ubezpieczonego oraz stanowi Załącznik nr 1 do OWU.
 15. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.

16. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

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

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka.
2. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Wada wrodzona** – pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa, dotycząca narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne, prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych, nabyte w życiu płodowym upośledzające czynność ustroju i będące zagrożeniem dla życia Dziecka, o których mowa w Załączniku nr 3 do OWU;
 - 2) **Ciąża mnoga** – inaczej ciąża wielopłodowa występująca w przypadku jednoczesnego rozwoju wewnątrz macicy więcej niż jednego zarodka.
3. W przypadku urodzenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa żywego Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt. 4.
4. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt. 3 zostanie powiększone o 40% sumy ubezpieczenia należnej z tytułu urodzenia Dziecka w przypadku:
 - 1) ciąży mnogiej – za każde żywe Dziecko urodzone w wyniku ciąży mnogiej;
 - 2) urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem pkt. 5 oraz pkt. 6.
5. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt. 4 ppkt. 2) zostanie wypłacone o ile:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia żywego Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1 roku życia Dziecka;
 - 2) Dziecko przeżyło co najmniej 30 dni od daty urodzenia;
 - 3) wada wrodzona wymieniona jest w Katalogu wad wrodzonych stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt. 4 ppkt. 2) nastąpiło:
 - 1) w wyniku choroby lub urazu dotyczących Dziecka, a zaistniałych podczas porodu lub po urodzeniu się Dziecka;
 - 2) w związku z chorobą AIDS lub z zarażeniem się Dziecka wirusem HIV w okresie płodowym;
 - 3) na skutek przyjmowania przez Matkę w okresie ciąży: alkoholu lub narkotyków lub leków nie przepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim;
 - 4) w związku z nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem przez Matkę w okresie ciąży zaleceń lekarzy oraz podejmowania przez nią działań mogących spowodować wady płodu.

7. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży – w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;
 - 5) zaświadczenie o stanie zdrowia Dziecka wystawione przez lekarza po 30 dniach od dnia urodzenia – w przypadku wykrycia wady wrodzonej w pierwszym miesiącu życia Dziecka;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.

8. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 7.

9. W Art. XVI wprowadza się następujące zmiany:
Do pojęć zawartych w ust. 1 dodaje się następujące:

10. **Portal** – portal internetowy – platforma łącząca Towarzystwo z użytkownikami Internetu będącymi Ubezpieczonymi.

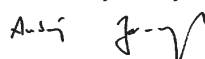
Ust. 6 pkt. 2 przyjmuje nowe następujące brzmienie:
Za dokonaną zmianę podziału wpłacanej składki inwestycyjnej Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.

Ust. 6 pkt. 6 przyjmuje nowe następujące brzmienie:
Za dokonane przeniesienie jednostek pomiędzy wskazanymi funduszami Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.

W ust. 6 pkt. 9 dodaje się zdanie drugie następującej treści:
Przez pisemne oświadczenie rozumie się również dokonywanie zmian poprzez złożenie dyspozycji za pomocą portalu.

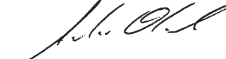
10. Postanowienia końcowe
Niniejszy aneks do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max nr 3/2007 został zatwierdzony Uchwałą Zarządu Generali Nr GL/2/1/9/2008 z dnia 10 września 2008 roku i wchodzi w życie z dniem 15 września 2008 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 września 2008r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

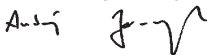
Załącznik nr 3
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX
Katalog wad wrodzonych

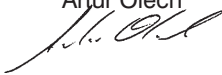
Lp.	TYP WADY
1	Przepuklina mózgowa
2	Małogłowie
3	Wodogłowie wrodzone
4	Rozszczep kręgosłupa
5	Ślepotą, bezocze, małocze, wielkocze
6	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
7	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
8	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
9	Głuchota i wady rozwojowe ucha powodujące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

Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX

48	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
49	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
50	Fakomatozy
51	Zespół Downa
52	Zespół Edwardsa i Patau
53	Zespół Turnera
54	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
55	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
56	Wrodzony zespół niedoboru jodu (wrodzona niedoczynność tarczycy)
57	Zaburzenia przemian aminokwasów aromatycznych (fenyloketonuria)
58	Inne zaburzenia węglowodanów (galaktozemia)
59	Mukowiscydoza

Niniejszy Katalog wad wrodzonych stanowiący załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/2/1/9/2008 z dnia 10 września 2008 roku i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX od dnia 15 września 2008 roku.

Andrzej Jarczyk

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

Artur Olech

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