

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „ŻYCIE I ZDROWIE”

Obowiązują od 13 lutego 2026 r.

Spis treści

7	POSTANOWIENIA OGÓLNE
7	Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
7	Definicje i skróty
8	Umowa ubezpieczenia
9	Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia
10	Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia
10	WARUNKI UBEZPIECZENIA
10	Przedmiot Umowy ubezpieczenia
10	Zakres ubezpieczenia
10	Suma ubezpieczenia
10	Składka
11	Warianty ochrony ubezpieczeniowej
11	Okres ochrony ubezpieczeniowej
11	Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej
11	Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej
12	Karencja
13	Osoby uprawnione do świadczenia Uposażony
13	ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE
13	Postępowanie w razie zdarzenia
14	Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego
15	Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego
15	Forma świadczenia ubezpieczeniowego
15	POSTANOWIENIA KOŃCOWE
15	Reklamacje
16	Przepisy mające zastosowanie do Umowy
16	Zatwierdzenie i wejście w życie
17	KLAUZULA 0 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU UBEZPIECZONEGO
17	KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
18	KLAUZULA 2 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM
19	KLAUZULA 6 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU DZIECKA UBEZPIECZONEGO
20	KLAUZULA 7 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
21	KLAUZULA 8 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO
22	KLAUZULA 9 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
23	KLAUZULA 11 RENTA DLA KAŻDEGO Z OSIEROCONYCH DZIECI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
23	KLAUZULA 12 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- 25 **KLAUZULA 19 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- 26 **KLAUZULA 20 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY**
- 28 **KLAUZULA 24 POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO**
- 32 **KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- 33 **KLAUZULA 31 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY**
- 34 **KLAUZULA 32 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- 37 **KLAUZULA 45 KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO I PAKIET ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- 39 **KLAUZULA 48 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ**

Wykaz postanowień umownych – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

OWU stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków „Życie i Zdrowie”

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia Zdarzenie/wypadek ubezpieczeniowy	§ 6
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	§ 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia odpowiedzialności	Rozdział 111 § 16
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 12 ust. 1 pkt) 1
Karencja	§ 14
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 4 ust. 10 i 11; § 3 ust. 9-10; § 16
Suma ubezpieczenia	§ 8

Jeżeli Klient zdecydował się na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o klauzule dodatkowe – niezbędne jest zapoznanie się z zapisami warunków dotyczącymi klauzul dodatkowych w Załączniku nr 1 w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia.

Oznaczenie klauzuli	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Klauzula O Zryczałtowane koszty pogrzebu Ubezpieczonego	§ 1; § 2	§ 1 ust. 2; § 3
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 2 ust. 6
Klauzula 2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	§ 2; § 3	§ 3 ust. 4
Klauzula 6 Zryczałtowane koszty pogrzebu dziecka Ubezpieczonego	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 4
Klauzula 7 Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula 8 Zryczałtowane koszty pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 4
Klauzula 9 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula 11 Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2
Klauzula 12 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4

Klauzula 19 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 4; § 4 ust. 1 pkt 11.2), 111.2) i 111.3); § 4 ust. 3; § 5
Klauzula 20 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 4 i 5; § 4 ust. 1 pkt 11.2), 111.2) i 111.3); § 4 ust. 3; § 5
Klauzula 24 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 2; § 5
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 31 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie choroby	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 3 ust. 4; § 4; § 5
Klauzula 32 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 4; § 4; § 5; § 6
Klauzula 38 Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	§ 1; § 2	§ 1 ust. 6
Klauzula 45 Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 11 i 12
Klauzula 47 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie choroby zakaźnej w rolnictwie	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 4
Klauzula 48 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy rolniczej	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2 i 3

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków „Życie i Zdrowie”, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawieranych przez Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18 jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia OWU oraz postanowienia tych klauzul, w ramach których została udzielona ochrona ubezpieczeniowa.
3. Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej lub dokumentowej, lub elektronicznej oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania zapisów według następującej hierarchii:
 - 1) postanowienia zapisów dodatkowych lub zapisów odmiennych od OWU/klauzul,
 - 2) postanowienia klauzul,
 - 3) postanowienia OWU.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w Umowie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (Umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest wyczynowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 30) OWU. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- 2) **choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 3) **choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej. Przykładem chorób przewlekłych, zgodnie z powyższą definicją, są: astma oskrzelowa, mózgowo porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne o kodach od F00 do F 99;
- 5) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- 6) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – całkowita utrata przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej, która w rozumieniu OWU nie jest trwałą i całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy;
- 7) **karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- 8) **klauzula** – postanowienia, w których zostało zdefiniowane ryzyko, w ramach którego udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa oraz zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- 9) **lekarz orzecznik** – lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy. Jeżeli od orzeczenia lekarza orzecznika Ubezpieczony wniósł sprzeciw albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
- 10) **miejsce aktywności** – miejsce pracy zawodowej lub nauki (w przypadku obejmowania ochroną wychowanków, uczniów lub studentów – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia, uczelnie wyższe oraz inne placówki wychowawcze) lub aktywności sportowej (w przypadku obejmowania ochroną osób, które w sposób wyczynowy lub amatorski uprawiają sport);
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagłe (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przeciążenia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 12) **okres rozliczeniowy** – w przypadku opłacania składki regularnej – okres, którego dotyczy płatność danej składki regularnej, to jest:
 - a) miesiąc – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością miesięczną;
 - b) kwartał – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością kwartalną;
 - c) półrocze – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością półroczną;
 - d) rok – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością roczną;
- 13) **pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
- 14) **pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, osoba wykonująca pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą, osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej bądź innej podobnej umowy, osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menedżerskiego, osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego, a także osoba będąca członkiem bądź współnikiem jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej;

- 15) **stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
- 16) **szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym. W rozumieniu OWU pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
- 17) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej;
- 18) **inwalidztwo** – wskazane w Załączniku nr 3 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 19) **trwałe kalectwo** – wskazane w Załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 20) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w Załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 21) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której przepisy prawa przyznają zdolność prawną, prowadząca działalność rolniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15.11.1984 r. o podatku rolnym (Dz.U. z 2006 Nr 136, poz. 969 z późn. zm.), która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
- 23) **Ubezpieczyciel** – Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, zwane dalej Generali;
- 24) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - jakikolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 25) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 26) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
- 27) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 28) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, z której życiem bądź zdrowiem związana jest ochrona udzielana w ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonemu;
- 29) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 30) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
- treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- 31) **zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 3

Umowa ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres jednego roku, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
- Umowa ubezpieczenia może być automatycznie przedłużona na kolejne, analogiczne do poprzedniej Umowy okresy ubezpieczenia, jeśli:

- 1) żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu Umowy i
- 2) zostanie zapłacona kolejna składka jednorazowa bądź składka regularna na poczet kolejnego okresu ubezpieczenia.
- 3) W takim trybie Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie. Zasada automatycznego przedłużenia Umowy na analogiczny okres ubezpieczenia obowiązuje wyłącznie wtedy, jeśli wynika to z dokumentu ubezpieczenia.
3. W odniesieniu do Umów, które mogą ulegać automatycznemu przedłużeniu na zasadach określonych w ust. 2, Ubezpieczający i Ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia, mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, jeśli druga strona przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia nie wyrazi zgody na przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w formie indywidualnej.
6. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
7. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
8. Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. OWU określają jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
9. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek, obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
 - 1) doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy (w tym OWU). Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonemu skierowanej do niego i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela; oświadczenie bądź korespondencję Ubezpieczonego uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 9 pkt 1) – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.

§ 4

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego lub w formie dokumentowej, lub elektronicznej wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia oraz klauzule, w ramach których Ubezpieczyciel ma ponosić odpowiedzialność.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się następujące dokumenty:
 - 1) deklaracje przystąpienia danej osoby – o ile wymaga tego Ubezpieczyciel,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela, będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
5. Umowa ubezpieczenia może być również zawarta przy wykorzystaniu Internetu.
6. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób wskazany w ust. 5 dochodzi na skutek przyjęcia, poprzez złożenie oświadczenia przez Ubezpieczającego, oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku wykorzystywania Internetu zawarcie Umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie poprzez stronę internetową Ubezpieczyciela lub strony internetowe upoważnionych agentów ubezpieczeniowych Ubezpieczyciela.
8. Szczegółowy tryb zawierania Umów ubezpieczenia w sposób wskazany w ust. 5 regulują Regulaminy świadczenia usług drogą elektroniczną stosowane przez Ubezpieczyciela lub upoważnionych agentów ubezpieczeniowych Ubezpieczyciela.
9. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem danej osoby lub przyjęć na warunkach odmiennych od wnioskowanych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
10. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
11. W przypadku uchybienia obowiązkowi, o którym mowa w ust. 6, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego), Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
12. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
13. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, OWU, klauzul w ramach których została udzielona ochrona ubezpieczeniowa oraz ewentualnych postanowień dodatkowych lub odmiennych od ustalonych w OWU.

§ 5

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
 - wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia z dniem upływu okresu wypowiedzenia;
 - nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 10 – z dniem upływu terminu do zapłaty;
 - upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia (chyba że Umowa zostanie przedłużona w trybie określonym w § 3 ust. 2);
 - śmierci Ubezpieczającego – z dniem śmierci Ubezpieczającego;
 - dożycia przez Ubezpieczonego 71 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 rok życia;
 - śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot Umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem Umowy ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków lub choroby Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu może dotyczyć również zdarzeń związanych z życiem lub zdrowiem osób Współubezpieczonych – pod warunkiem włączenia do Umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące wyłączeń w ochronie ubezpieczeniowej odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje klauzulę, z której postanowień to wynika, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia może obejmować jedną lub kilka klauzul (ryzyk), będących w ofercie Ubezpieczyciela, na podstawie których wypłacane bądź spełniane są świadczenia w razie wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie tych klauzul. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń zostały określone w zapisach poszczególnych klauzul oraz w dokumencie ubezpieczenia.
- W przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie zapisów poszczególnych klauzul, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika co innego.
- Osobie, która była Ubezpieczona na podstawie kilku Umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej Umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia.
- W okresie, w którym ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej klauzuli nie jest udzielana ze względu na fakt, iż zgodnie z postanowieniami tej klauzuli ochrona ubezpieczeniowa:
 - jeszcze nie rozpoczęła się (z uwagi na zapisy dotyczące karencji);
 - bądź uległa zawieszeniu;
 - bądź wygasła na skutek osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku lub na skutek zaistnienia innej wskazanej w ramach tej klauzuli okoliczności;

Ubezpieczyciel na okres braku ochrony ubezpieczeniowej w ramach takiej klauzuli udziela zamiast tego ochrony w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku, w którym Ubezpieczony na skutek takiego przekształcenia ochrony jest objęty wielokrotnie ochroną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenia wypłacane w ramach tej klauzuli podlegają kumulacji.

§ 8

Suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) ustalana jest przez strony w dokumencie ubezpieczenia, o ile nie wynika wprost z postanowień danej klauzuli.
- Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach danego ryzyka, na zasadach ustalonych w OWU lub postanowień danej klauzuli.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia, w szczególności zastosowanie okresów karencji. Wysokość

- składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia, wykonywanego zawodu.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
 4. Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
 5. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 6.
 6. Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
 7. Niezapłacenie składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej w wymaganym terminie powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony/ Ubezpieczeni nie będą objęci ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
 8. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
 9. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
 10. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 8, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki po dacie początku odpowiedzialności – również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie wskazując dodatkowo, co najmniej 7-dniowy termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela, jako ostateczny termin jej uregulowania.
 11. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela przed upływem okresu, za który została zapłacona składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej przypadający od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności do końca okresu, za który została zapłacona składka. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki zapłaconej za danego Ubezpieczonego nie przysługuje w przypadku całkowitego wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
 12. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

§ 10

Warianty ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w wariantcie pełnym: 24 godziny na dobę, na terenie całego świata.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest zgodnie z postanowieniami OWU oraz postanowieniami klauzul objętych Umową ubezpieczenia.

§ 11

Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Automatyczne przedłużenie obowiązywania Umowy ubezpieczenia na kolejny analogiczny okres zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 2, powoduje automatyczne przedłużenie okresu ubezpieczenia na taki analogiczny okres. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie wystawia nowego dokumentu ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.

§ 12

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich klauzul objętych Umową, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z ostatnim dniem miesiąca, w którym dany Ubezpieczony ukończył 71 lat;
 - 2) z dniem śmierci danego Ubezpieczonego;
 - 3) z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach poszczególnych klauzul, o których mowa w § 7 ust. 1, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych klauzul.
3. W przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach danej klauzuli ulegnie zawieszeniu bądź wygaśnięciu, ochrona udzielana w ramach tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 5.

§ 13

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka (klauzuli) zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego (lub kosztów pogrzebu Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego/Współubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego/ Współubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, działań zbrojnych, misji pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażycia narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza;
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonego nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:

- 1) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych bądź ich spożywania bez zaleceń ze strony lekarza, niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 1) (np. marskość wątroby);
 - 3) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z rażącego niedbalstwa;
 - 4) wykonywania procedur medycznych bądź leczniczych bez względu na to, przez kogo były wykonywane;
 - 5) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 6) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 7) prowadzenia pojazdu mechanicznego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 8) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych oraz – o ile postanowienia danej klauzuli nie stanowią inaczej – chorób przewlekłych;
 - 9) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 10) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób wyczynowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z wyczynowym uprawianiem sportu;
 - 11) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
 - 12) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki przy użyciu specjalistycznego sprzętu, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), splotów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających ww. dyscypliny sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
 - 13) w wyniku wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
 - a) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni nie znajdował się na pokładzie samolotu albo
 - b) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
 4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).
 5. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci odszkodowania (świadczenia) w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata odszkodowania (świadczenia) z tytułu umowy naraziłaby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone odszkodowanie (świadczenie).

§ 14

Karencja

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji dla poszczególnych klauzul na zasadach wskazanych w ustępach poniższych.
2. Okresy karencji rozpoczynają się od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego. Okresy karencji – jeśli mają zastosowanie – wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
3. W okresie karencji, mającym zastosowanie zgodnie z postanowieniami danej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa w tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 5.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5 Ubezpieczyciel stosuje karencję w odniesieniu do wszystkich ryzyk, w ramach których zgodnie z postanowieniami klauzul karencja ma zastosowanie, na zasadach określonych w postanowieniach tych klauzul.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6, karencja nie ma zastosowania w odniesieniu do danego ryzyka, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - 1) Ubezpieczony przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy bądź wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia indywidualnego albo wystąpienie z Umowy ubezpieczenia grupowego);
 - 2) inny zakład ubezpieczeń w ramach takiej innej Umowy ubezpieczenia udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, w odniesieniu do analogicznego ryzyka, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzuli w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, która to klauzula przewiduje okres karencji;
 - 3) od momentu rezygnacji z poprzedniej Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń lub od momentu wygaśnięcia ochrony w ramach analogicznego ryzyka objętego ochroną w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia do momentu objęcia ochroną w ramach Umowy zawartej na podstawie OWU nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni;
 - 4) z zastrzeżeniem ust. 6, okres karencji ulega skróceniu o okres, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie takiego analogicznego ryzyka w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń.
6. W przypadku wskazanym w ust. 5, do momentu, w którym upłynąłby okres karencji przewidziany w postanowieniach danej klauzuli, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w granicach wynikających z warunków poprzedniej Umowy ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz w granicach wynikających z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU (z uwzględnieniem postanowień danej

klauzuli). Oznacza to, że Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z uwzględnieniem tego limitu odpowiedzialności, który jest niższy oraz z uwzględnieniem tych ograniczeń zakresu ubezpieczenia, które są szersze.

7. Postanowienia ust. 5 i 6 stosuje się odpowiednio również w odniesieniu do sytuacji, w której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem (Generali).

§ 15

Osoby uprawnione do świadczenia Uposażony

1. W odniesieniu do ryzyk niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul, o ile z postanowień danej klauzuli nie wynika inaczej, Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela – Uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego.
2. Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi w ustępach poniższych.
3. Zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
 - 4) w przypadku gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
 - 5) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępczemu;
 - 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2) do 4) powyżej.
4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczony. Ubezpieczony ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej.
5. W przypadku, w którym Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonego lub w przypadku, gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, przyjmuje się, że Uprawnionymi do świadczenia są:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego (o ile nie pozostaje w separacji);
 - 2) jeśli brak Uprawnionego, o którym mowa w pkt 1) – naturalne bądź przysposobione dzieci Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego);
 - 3) jeśli brak Uprawnionych, o których mowa w pkt 2) – rodzice Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego);
 - 4) jeśli brak Uprawnionych, o których mowa w pkt 3) – spadkobiercy Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego).

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 16

Postępowanie w razie zdarzenia

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/ Uposażony jest obowiązany:
 - 1) każde zdarzenie powstałe w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty zajścia zdarzenia;
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub o złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po zdarzeniu;
 - 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - 6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej;
 - 7) umożliwić zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia zdarzenia;
 - 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z prokuratury lub sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem;
 - 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia;
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.

4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku lub w którym uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.

§ 17

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
4. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
6. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.
7. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na badania, celem ustalenia stanu zdrowia tej osoby dla celów określenia rozmiaru należnego świadczenia. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Stan zdrowia takiej osoby może zostać ustalony również na podstawie dokumentacji lekarskiej, w szczególności w przypadku, gdy osoba ta już zmarła.
8. W przypadku, gdy ustalenie rozmiarów świadczenia zależy od ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa (w odniesieniu do świadczeń, których dotyczą klauzule przewidujące odpowiedzialność Ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzeń w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się w sposób następujący:
 - 1) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest w procentach, w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia zgodnie z:
 - a) Tabelą rodzaju uszczerbku (Załącznik nr 1) – dla stopnia trwałego uszczerbku;
 - b) Tabelą rodzaju kalectwa (Załącznik nr 2) – dla stopnia trwałego kalectwa;
 - c) Tabelą rodzaju inwalidztwa (Załącznik nr 3) – dla stopnia inwalidztwa.
 - 2) Tabele, o których mowa w pkt 1), są dostępne w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: generali.pl oraz stanowią załącznik do OWU.
 - 3) Jeśli w wyniku jednej i tej samej przyczyny Ubezpieczony lub Współubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa, z zastrzeżeniem pkt 4), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się poprzez zsumowanie wartości procentowych poszczególnych rodzajów uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia, z tym zastrzeżeniem, że łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa nie może przekroczyć 100%.
 - 4) W przypadku gdy dany rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w Tabelach, o których mowa w pkt 1), zawiera w sobie również inny rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w tych Tabelach, jako podstawę do ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa przyjmuje się jedynie ten rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, który zawiera w sobie inne rodzaje uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia (przykładowo – w przypadku utraty całej kończyny dolnej Ubezpieczyciel nie będzie uwzględniał osobno uszkodzeń ciała takich jak utrata podudzia czy utrata stopy).
 - 5) Jeśli dojdzie do utraty bądź uszkodzenia narządu bądź układu, którego funkcje przed zajściem zdarzenia były już upośledzone w wyniku nieszcześliwego wypadku lub choroby to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa istniejącymi po i przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 6) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był trwały uszczerbek na zdrowiu, trwałe kalectwo lub inwalidztwo. Późniejsza zmiana (polepszenie lub pogorszenie) stanu zdrowia nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 - 7) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabel, o których mowa w pkt 1).

§ 18

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 19

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku, gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku, gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądz (np. usłudze) realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klauzuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

Reklamacje

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z Umowy („Klient”) może składać w każdym czasie reklamacje, których przedmiotem są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Generali. Reklamacje, obejmujące zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Generali, mogą być również składane przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane przez Klientów:
 - 1) na piśmie, w postaci papierowej – osobiście w siedzibie Generali, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa lub w każdej jednostce Generali obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - 2) na piśmie, w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja, albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-92978-86984-TBFWV-37, albo
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Generali lub jednostce, o których mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer Polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Generali rozpatruje reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie Generali poinformuje Klienta, który wystąpił z reklamacją, o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamację Klienta jest udzielana na następujących zasadach:
 - 1) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej - formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez Klienta w formularzu, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 2) gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych, odpowiedź jest udzielana również na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 3) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - 4) gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.
6. W przypadku reklamacji składanych przez osoby prawne lub spółki nieposiadające osobowości prawnej, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Do reklamacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 5 i 9.
7. Spór między Klientem a Generali może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
8. Spór między Klientem a Generali może być zakończony w drodze mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/sad_polubowny_przy_KNF).
9. Skargi mogą być składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 powyżej lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości nie dotyczące usług świadczonych przez Generali. Skargi powinny zawierać przynajmniej dane umożliwiające identyfikację składającego skargę oraz zgłaszane nieprawidłowości. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Generali. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Generali może przedłużyć termin rozpatrzenia skargi do 60 dni. Generali informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, na piśmie w formie papierowej lub w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg składanych zgodnie z niniejszym ustępem postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 3 i 5 powyżej.
10. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi na działalność Generali do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na działalność Generali do Komisji Nadzoru Finansowego składać mogą także pozostałe podmioty, wskazane w ust. 1 powyżej.

11. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.
12. Generali podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
14. Sądem właściwym do rozstrzygania sporów z umowy ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy miejscowo ze względu na miejsca zamieszkania lub siedzibę Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, jak również sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 21

Przepisy mające zastosowanie do Umowy


1. Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 22

Zatwierdzenie i wejście w życie

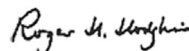
Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali T.U. S.A.

KLAUZULA 0 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU UBEZPIECZONEGO

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 3

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie, jeśli zaszła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, a jednocześnie – przed zaistnieniem odpowiedzialności w ramach niniejszej klauzuli – zaszła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie):
 - 1) Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub
 - 3) Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub
 - 4) Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie choroby lub
 - 5) Poważnego zachorowania Ubezpieczonego
2. Postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie, jeśli śmierć Ubezpieczonego, z powodu której poniesiono koszty pogrzebu, była następstwem:
 - 1) tego samego nieszczęśliwego wypadku, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzul, o których mowa w ust. 1 pkt 1)–2) i jednocześnie śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) tej samej operacji chirurgicznej, z tytułu której wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzul, o których mowa w ust. 1 pkt 3)–4) i jednocześnie śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty operacji chirurgicznej lub
 - 3) tego samego poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 5) i jednocześnie śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania lub
 - 4) tego samego nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną operacji chirurgicznej Ubezpieczonego z tytułu której wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 3) lub który był przyczyną poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 5) i jednocześnie śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub
 - 5) tej samej choroby, która była przyczyną operacji chirurgicznej Ubezpieczonego z tytułu której wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 4) lub która była przyczyną poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 5) i jednocześnie śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zdiagnozowania tej choroby.
3. W przypadku gdy wystąpiła sytuacja, o której mowa w ust. 1 i 2:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie klauzul, o których mowa w ust. 1 nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie klauzul, o których mowa w ust. 1 zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu klauzul, o których mowa w ust. 1. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego.
4. Postanowienia ust. 3 odnoszą się wyłącznie do tych klauzul, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do których zaszły przesłanki określone w ust. 2.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło:
 - 1) w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją lub
 - 2) w następstwie pogryzienia przez psa, lub
 - 3) śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia,
Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowe świadczenie określone w ust. 3.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty jednego dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszły okoliczności wskazane w ust. 2 pkt 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
5. W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3), warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osierocone dzieci w chwili zajścia zdarzenia nie miały ukończonego 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
6. Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
7. Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło na terenie RP.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 4

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 2 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **komunikacja publiczna** – korzystanie z komunikacji miejskiej, tj. przejazd: autobusami, tramwajami, metrem, trolejbusem i/lub komunikacji międzymiastowej na terenie RP, tj. przejazd pociągiem, autobusem w ramach usług świadczonych przez przedsiębiorstwo komunikacji samochodowej lub przelot samolotem licencjonowanych linii lotniczych;
- 2) **ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony w trakcie wypadku miał zapięte pasy bezpieczeństwa, a dany pojazd posiadał poduszki bezpieczeństwa i miał ważny przegląd techniczny, Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowe świadczenie określone w ust. 3.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi:
 - 1) 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli wypadek nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną
lub
 - 2) 15% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony miał zapięte pasy bezpieczeństwa oraz dany pojazd posiadał ważny przegląd techniczny i był wyposażony w poduszki bezpieczeństwa.
4. Jeśli bezpośrednią przyczyną wypadku komunikacyjnego będzie przekroczenie przez Ubezpieczonego – będącego kierowcą pojazdu mechanicznego – dopuszczalnej prędkości o co najmniej 60 km/h, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, oraz ograniczy świadczenie, o którym mowa w ust. 1, do 50% sumy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło na terenie RP.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 6 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenie:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu dziecka Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pogrzebu dziecka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko Ubezpieczonego nie miało ukończonego 25 roku życia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie, jeśli zaszła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, a jednocześnie – przed zaistnieniem odpowiedzialności w ramach niniejszej klauzuli – zaszła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie):
 - 1) Poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego lub
 - 2) Inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
2. Postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego, z powodu której poniesiono koszty pogrzebu, była następstwem:
 - 1) tego samego nieszczęśliwego wypadku, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 2) i jednocześnie śmierć dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) tego samego poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i jednocześnie śmierć dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania lub
 - 3) tego samego nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i jednocześnie śmierć dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub
 - 4) tej samej choroby, która była przyczyną poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i jednocześnie śmierć dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zdiagnozowania tej choroby.
3. W przypadku gdy wystąpiła sytuacja, o której mowa w ust. 1 i 2:
 - 1) jeżeli świadczenie na podstawie klauzul, o których mowa w ust. 1 nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu dziecka Ubezpieczonego;
 - 2) jeżeli świadczenie na podstawie klauzul, o których mowa w ust. 1 zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu dziecka Ubezpieczonego ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu klauzul, o których mowa w ust. 1. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu dziecka Ubezpieczonego.
4. Postanowienia ust. 3 odnoszą się wyłącznie do tych klauzul, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do których zaszły przesłanki określone w ust. 2.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pogrzebu dziecka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 2 ust. 3 niniejszej klauzuli.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 7 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili śmierci dziecko Ubezpieczonego nie miało ukończonego 25 roku życia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zgodnie z § 2 ust. 2 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 7) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 8 ZRYCZAŁTOWANE KOSZTY POGRZEBU WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenie:

współmałżonek Ubezpieczonego – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, po warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz, że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:

- a) który ukończył 18 rok życia oraz
- b) który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub jest współwłaścicielem nieruchomości z Ubezpieczonym, w której wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie, jeśli zaszła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, a jednocześnie – przed zaistnieniem odpowiedzialności w ramach niniejszej klauzuli – zaszła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie):
 - 1) Poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego lub
 - 2) Inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
2. Postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie jeśli śmierć współmałżonka Ubezpieczonego, z powodu której poniesiono koszty pogrzebu, była następstwem:
 - 1) tego samego nieszczęśliwego wypadku, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 2) i jednocześnie śmierć współmałżonka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) tego samego poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i jednocześnie śmierć współmałżonka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania lub
 - 3) tego samego nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i jednocześnie śmierć współmałżonka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub
 - 4) tej samej choroby, która była przyczyną poważnego zachorowania, z tytułu którego wystąpiła odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach klauzuli, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i jednocześnie śmierć współmałżonka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zdiagnozowania tej choroby.
3. W przypadku gdy wystąpiła sytuacja, o której mowa w ust. 1 i 2:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie klauzul, o których mowa w ust. 1 nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie klauzul, o których mowa w ust. 1 zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu klauzul, o których mowa w ust. 1. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego.
4. Postanowienia ust. 3 odnoszą się wyłącznie do tych klauzul, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do których zaszły przesłanki określone w ust. 2.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 niniejszej klauzuli.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 9 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **współmałżonek Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:
 - a) który ukończył 18 rok życia oraz
 - b) który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub jest współwłaścicielem nieruchomości z Ubezpieczonym, w której wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci współmałżonka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 11 RENTA DLA KAŻDEGO Z OSIEROCONYCH DZIECI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko renty dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego 6-miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci każdemu z osieroconych dzieci (bez względu na ich liczbę) sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli lub – w przypadku, gdy Uprawniony wyrazi taką wolę – sumę ubezpieczenia podzieloną na 12 równych części, w formie wypłaty renty miesięcznej, płatnej przez okres 12 miesięcy.
2. Świadczenia zostaną wypłacone na rzecz tych dzieci Ubezpieczonego, które w chwili śmierci Ubezpieczonego nie miały ukończonego 25 roku życia lub są trwale i całkowicie niezdolne do pracy zgodnie z orzeczeniem organu emerytalno-rentowego.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka renty dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 3 ust. 2 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 12 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;

- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel ponosi również odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku uciążliwości leczenia, jeśli sytuacja kwalifikowana jako uciążliwość leczenia w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli wystąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku i rozpoczęła się w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów uszczerbku (Załącznik nr 1).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz bez względu na ilość trwałych uszczerbków na zdrowiu doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, za który Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajęcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconego wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 19 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania wydanego i zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, niebędące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uznaje się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastyczno – kosmetycznej lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym pobyt na OIOM, ale nieobejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM – w odniesieniu do pobyków przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia liczony od początku okresu ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do pobyków przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia liczony od początku okresu ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobyków Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 20 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie chorobą.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 3 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby 6-miesięczną karencję.

5. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uznaje się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z leczeniem bezpłodności,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji plastyczno – kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 4) w następstwie klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organy administracji państwowej,
 - 5) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 6) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych.
6. W odniesieniu do pobytów Ubezpieczonego w szpitalu związanych z ciążą, porodem i położeniem, za zdarzenie ubezpieczeniowe Ubezpieczyciel będzie uważał wyłącznie taki pobyt (bądź taką jego część), która jest związana z ciążą, porodem lub położeniem rozumianymi jako choroba, zgodnie z powszechnie przyjętymi regułami wiedzy medycznej (w szczególności określonymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych „ICD-10”, zatwierdzonymi przez Międzynarodową Organizację Zdrowia).
7. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się również pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany z chorobą przewlekłą, pod warunkiem, że ta choroba przewlekła została zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w trakcie tego pobytu w szpitalu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za kolejne pobyty Ubezpieczonego w szpitalu związane z taką chorobą przewlekłą.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, (w tym pobyt na OIOM, ale nieobejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 24 POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 3) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 4) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- 5) **przewłękła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewłękłej dializoterapii;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;

- 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
- utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyńniowych” na skórze;
- 8) **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne;
- 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6, przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyńniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczną utratą wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 11) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańdżów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 13) **ciężkie oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 14) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione;
- 15) **śpiączka** – stan, w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego;
- 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
- 17) **anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
- 18) **zakażenie wirusem HIV/AIDS** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
- przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
 - jako wynik przypadkowego ułknięcia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, technika laboratoryjnego, strażaka lub policjanta, pracownika służby więziennej. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
 - przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;
- 19) **choroba Creutzfelda Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfelda Jakoba, powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
- kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej,
 - samodzielnego ubierania się i rozbierania się, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - samodzielnego mycia się i toalety, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
- 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi obejmować co najmniej dwa z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmoczenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopu. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest choroba Parkinsona, spowodowana nadużywaniem leków lub alkoholu;
- 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu. Pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbieli, malformacji naczyńniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;
- 22) **paraliż** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;

- 23) **wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
 - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - szybko narastająca żółtaczka,
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).
- Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużywaniem alkoholu lub leków;
- 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, otępienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencje i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
- 25) **ciężka sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzujący się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:
- tętno >2 odchyłań standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
 - temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej >38,5°C lub <36°C,
 - częstość oddechów >2 odchyłań standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
 - poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
 - poziom cukru we krwi >120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;
- 26) **przewlekłe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby, cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania, została zdiagnozowana w życiu Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to pod warunkiem, że zaszedł on w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 6-miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku, gdy przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego z wariantów zakresu ochrony, o których mowa w § 4.
- Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kobietą – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku odpowiednio:
 - w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest mężczyzną – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badanie palpacyjne odbytu).

6. Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstęp pomiędzy badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantach:
 - a) standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) zawał serca,
 - 2) udar mózgu,
 - 3) nowotwór złośliwy,
 - 4) przeszczep narządów,
 - 5) przewlekła niewydolność nerek,
 - 6) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - b) pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) zawał serca,
 - 2) udar mózgu,
 - 3) nowotwór złośliwy,
 - 4) przeszczep dużych narządów,
 - 5) przewlekła niewydolność nerek,
 - 6) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych,
 - 7) zapalenie wątroby typu B,
 - 8) łagodny nowotwór mózgu,
 - 9) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - 10) utrata wzroku,
 - 11) utrata kończyn,
 - 12) utrata mowy,
 - 13) ciężkie oparzenie,
 - 14) stwardnienie rozsiane,
 - 15) śpiączka,
 - 16) pulmonektomia,
 - 17) anemia aplastyczna,
 - 18) zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - 19) choroba Creutzfelda Jakoba,
 - 20) choroba Parkinsona,
 - 21) oponiak,
 - 22) paraliż,
 - 23) wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
 - 24) choroba Alzheimerera,
 - 25) ciężka sepsa,
 - 26) przewlekłe zapalenie wątroby typu C.
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 2) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - 3) w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.
2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - a) w zakresie standardowym:
 - 1) przeszczep narządów,
 - 2) przewlekła niewydolność nerek;
 - b) w zakresie pełnym:
 - 1) przeszczep narządów,
 - 2) przewlekła niewydolność nerek,
 - 3) utrata kończyn,
 - 4) ciężkie oparzenie,
 - 5) śpiączka,
 - 6) choroba Creutzfelda Jakoba,
 - 7) choroba Parkinsona,
 - 8) choroba Alzheimerera.

3. Z zachowaniem skutków dotyczących ograniczenia ochrony wynikających z ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia inwalidztwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów inwalidztwa (Załącznik nr 3).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie inwalidztwa oraz bez względu na ilość inwalidztw doznanych przez Ubezpieczonego.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 31 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu lub przeznaczony do tego placówce medycznej znajdującej się na terenie Unii Europejskiej przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: generali.pl oraz stanowi załącznik do OWU (Załącznik nr 5).

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciał obcych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek choroby zostanie poddany operacji chirurgicznej, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby 6-miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia: 1 stopień trudności – 100% sumy ubezpieczenia, 2 stopień trudności – 45% sumy ubezpieczenia, 3 stopień trudności – 15% sumy ubezpieczenia.
2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli (Załącznik nr 5).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy. W przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby – w odniesieniu do operacji chirurgicznych, którym Ubezpieczony został poddany w jednym rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastyczno – kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku kalendarzowego od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 32 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu lub przeznaczony do tego placówce medycznej znajdującej się na terenie Unii Europejskiej przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: generali.pl, oraz stanowi załącznik do OWU (Załącznik nr 5).

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciał obcych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku zostanie poddany operacji chirurgicznej.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia: 1 stopień trudności – 100% sumy ubezpieczenia, 2 stopień trudności – 45% sumy ubezpieczenia, 3 stopień trudności – 15% sumy ubezpieczenia.
2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli (Załącznik nr 5).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do operacji chirurgicznych, którym Ubezpieczony został poddany w jednym rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony zostanie poddany operacji chirurgicznej powodującej zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tą operacją chirurgiczną bądź nieszczęśliwym wypadkiem będącym przyczyną tej operacji poniesie śmierć w ciągu

180 dni od daty poddania się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, i jednocześnie będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastyczno – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku kalendarzowego od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.

§ 6

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 7

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 5) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 8

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 38 POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA I OBSŁUGI ZADŁUŻENIA

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia w życiu Ubezpieczonego, w trakcie spłacania pożyczki i/lub kredytu i ponoszenia opłat eksploatacyjnych z tytułu użytkowania miejsca zamieszkania, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i/lub czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowanie choroby, będących podstawą orzeczenia niezdolności do pracy, w okresie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - 1) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - 2) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolności do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest pojedyncze orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy. Jednak jako podstawy do uznania zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie uznaje się orzeczeń wydanych w celu ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku chorobowego. Wydanie

- kolejnego orzeczenia przedłużającego okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy nie będzie uważane za wystąpienie nowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku lub dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, jeśli przyczyną był nieszczęśliwy wypadek. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
 5. W odniesieniu do świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 2), odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi pod warunkiem, że dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określany zgodnie z regułami wskazanymi w ust. 1-4 przypada na okres, w którym Ubezpieczony jest stroną umowy pożyczki lub kredytu.
 6. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku gdy przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości zgodnej z zapisami ust. 3, 4 i sumą ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa się z dwóch elementów:
 - 1) świadczenia polegającego na pokryciu ryczałtowo opłat, które Ubezpieczony musi ponosić w związku z użytkowaniem miejsca zamieszkania (opłaty za prąd, gaz, wodę itp.);
 - 2) świadczenia polegającego na spłaceniu kredytu/ów (pożyczek itp.), które w okresie niezdolności do pracy Ubezpieczony jest zobowiązany spłacać.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), jest świadczeniem jednorazowym i wynosi 40% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), jest świadczeniem jednorazowym i jest wypłacane w wysokości kosztów wynikających z umowy kredytu lub pożyczki, do których spłaty jest zobowiązany Ubezpieczony w danym okresie, zgodnie z postanowieniami ust. 6, w terminach i w kwotach wynikających z umowy kredytu lub pożyczki, jednak maksymalnie do limitu 60% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia.
5. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 1) Ubezpieczony nie jest zobowiązany do przedstawienia jakichkolwiek rachunków.
6. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 2) Ubezpieczony zobowiązany jest do przedstawienia umowy kredytu/umowy pożyczki, w której wskazany jest harmonogram spłat rat kredytu/pożyczki, a w której Ubezpieczony występuje jako pożyczkobiorca lub kredytobiorca, lub współpożyczko/współkredytobiorca. Świadczenie pokrywa zarówno ratę kapitałową, jak i odsetki, ale z wyłączeniem odsetek wynikających z niedotrzymania terminów spłaty kredytu/ pożyczki.
7. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia, w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i/lub czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Przy czym kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku:
 - 1) czasowej niezdolności do pracy – gdy Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie Ubezpieczony zostanie ponownie uznany za czasowo niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy;
 - 2) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy;
 - 3) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku choroby – gdy Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy, a jednocześnie ponowne wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy będzie spowodowane:
 - a) inną chorobą niż choroba, która spowodowała poprzednią całkowitą niezdolność do pracy;
 - b) oraz inną chorobą, niż choroba pozostająca w związku z chorobą, o której mowa w pkt a).

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia wygasa na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno – rentowego wskazanego w § 1 ust. 2 i 3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszyły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w ust. 2.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany

za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU oraz dokumentów (orzeczeń) wydanych przez organ emerytalno – rentowy potwierdzających niezdolność do pracy oraz innych dokumentów potwierdzających zobowiązania ciążące na Ubezpieczonym (w szczególności umowy kredytu, pożyczki).

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 45 KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO I PAKIET ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenie:

leczenie dentystryczne – udzielenie pojedynczej, niezbędnej i natychmiastowej pomocy lekarskiej w przypadku ostrych stanów zapalnych i bólowych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów:

- 1) leczenia na terenie RP;
- 2) przekwalifikowania zawodowego inwalidy na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 3) wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 4) wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli ww. koszty zostały poniesione na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty Leczenia na terenie RP

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów leczenia na terenie RP, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów leczenia, jednak kwoty nie wyższej niż wskazana w Umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia na to ryzyko.
2. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami leczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:
 - 1) leczenia dentystrycznego (do 10% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 500 złotych),
 - 2) nabycia środków opatrunkowych i leczniczych oraz protez zalecanych przez lekarza (do 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych);
 - 3) przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do szpitala i ze szpitala do domu (do 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych);
 - 4) bezwzględnie zalecanego przez lekarza pobytu w sanatorium, trwającego jednak nie dłużej niż 24 dni (do 50% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 3 500 złotych).

Koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego na wypadek trwałej niezdolności do wykonywania dotychczasowej pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
4. Warunkiem pokrycia kosztów przeszkolenia zawodowego, o których mowa w ust. 3, jest wystąpienie u Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku utraty możliwości wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej.

Koszty wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku

5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

Koszty wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

Koszty operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku

7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 1.
8. Ubezpieczyciel poniesie koszty operacji plastycznych, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, po zakończeniu leczenia wygląd Ubezpieczonego zostanie trwale zeszpecony, a przeprowadzenie takiej operacji jest uzasadnione medycznie.
9. Ubezpieczyciel po analizie zasadności wykonania operacji, refunduje po przedstawieniu stosownych oryginałów imiennych rachunków, koszty operacji, w tym honoraria lekarskie, koszty pobytu w szpitalu, koszty lekarstw, materiałów opatrunkowych oraz innych środków leczniczych zaleconych i przepisanych przez lekarza. Refundacja nie obejmuje kosztów protetyki stomatologicznej.

Postanowienia dodatkowe

10. Poniesione koszty, o których mowa w § 2 i § 3 muszą być udokumentowane oryginałami lub kopiami imiennych rachunków wystawionych na Ubezpieczonego. Zwracane są wyłącznie te koszty, które nie znajdują się w zakresie całkowitej refundacji z ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego lub nie zostały pokryte z innej Umowy ubezpieczenia oraz muszą być poniesione w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów poniesionych na zdarzenia wskazane w § 2 i § 3, które powstały z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) fizykoterapii, helioterapii,
 - 3) epidemii, skażeń oraz katastrof naturalnych,
 - 4) wszelkiego rodzaju diagnostyki i leczenia niewchodzących w zakres niezbędnej pomocy medycznej,
 - 5) szczepień,
 - 6) zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 7) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie i lekarza Ubezpieczyciela.
12. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, jeśli koszty leczenia powstały w konsekwencji wadliwego wykonania przez Ubezpieczonego obowiązku opłaty składek tytułem obowiązkowego ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w wyniku poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w wyniku czego koszty, które pokryłoby obowiązkowe ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, nie zostaną Ubezpieczonemu zwrócone.
13. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich zdarzeń objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli, jest 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 47 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY ZAKAŻNEJ W ROLNICTWIE

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

choroba zakaźna w rolnictwie – choroba zakaźna, która powstała w związku z pracą w gospodarstwie rolnym i jest objęta wykazem chorób zawodowych zgodnie z aktualnymi przepisami prawa.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, w następstwie wystąpienia choroby zakaźnej w rolnictwie zdiagnozowanej u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci w następstwie wystąpienia choroby zakaźnej Ubezpieczonego 6-miesięczną karencję.
3. Przez choroby zakaźne w rolnictwie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju choroby zakaźnej w rolnictwie ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie choroby zakaźnej w rolnictwie.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka choroby zakaźnej w rolnictwie Ubezpieczonego trwa do ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 rok życia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) aktu zgonu albo uwierzytelnionego przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci,
- 4) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie choroby zakaźnej w rolnictwie w okresie ubezpieczenia,
- 5) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 48**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ**

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **gospodarstwo rolne** – obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne gruntów pod zabudowaniami, przekraczający łącznie powierzchnię 1,0 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił:
 - a) podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności na terenie gospodarstwa rolnego, które Ubezpieczony prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa rolnego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym lub
 - b) w drodze Ubezpieczonego z miejsca zamieszkania bezpośrednio do gospodarstwa rolnego, albo w drodze powrotnej lub
 - c) podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej lub w związku z wykonywaniem tych czynności lub
 - d) w drodze do miejsca wykonywania czynności, o których mowa w punkcie c) albo w drodze powrotnej.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy rolniczej, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy rolniczej w okresie 180 dni od daty zajścia tego wypadku.
2. Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie przestrzegał podstawowych zasad i przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
3. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy rolniczej Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu/Uposażonym sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy rolniczej.

§ 4

Zawiadomienie

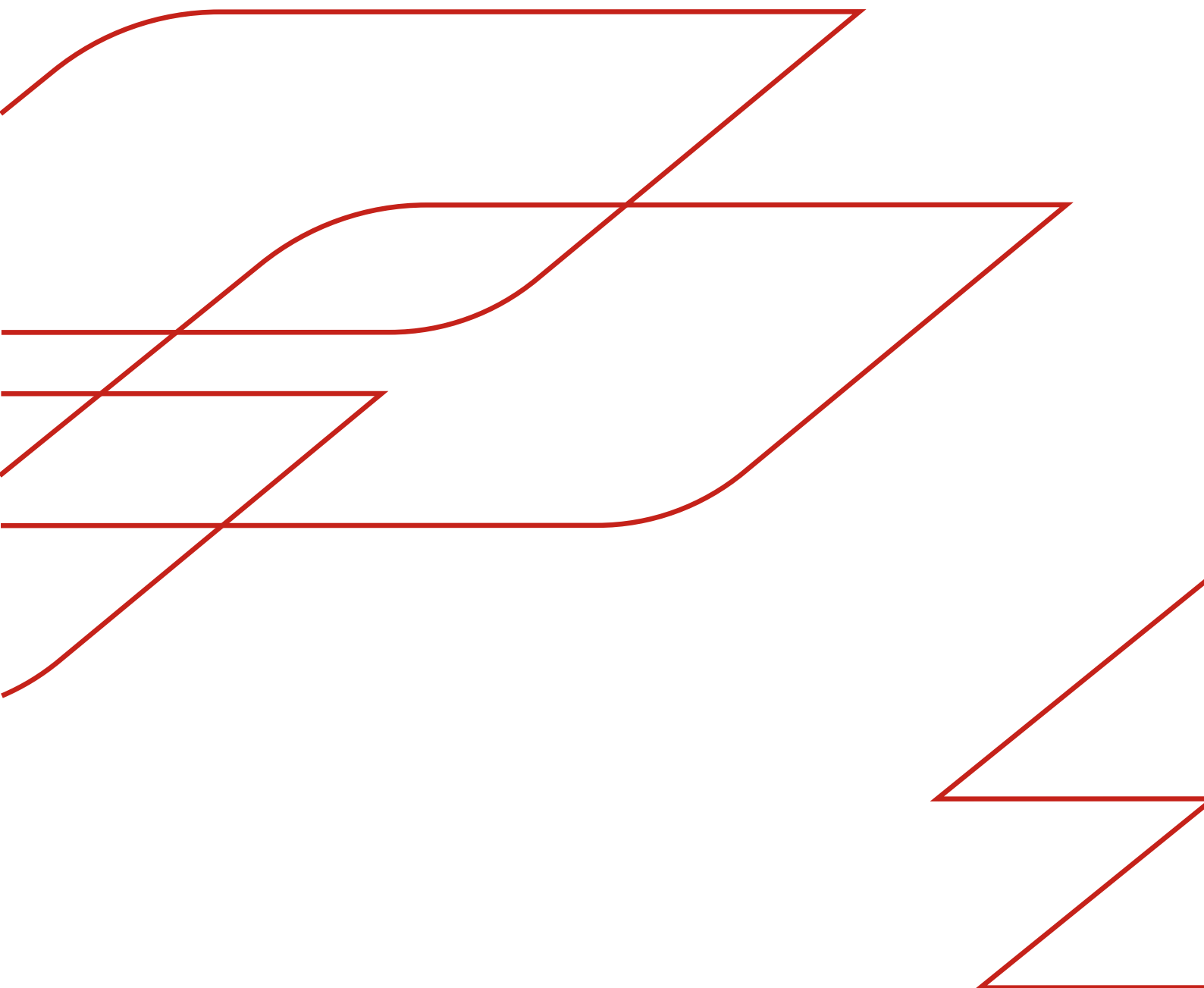
Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	Pakiet 3	Pakiet VIP	Pakiet VIP Agro
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW	40 000 zł	45 000 zł	50 000 zł
Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	60 000 zł	60 000 zł	60 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW w ruchu komunikacyjnym	50 000 zł	50 000 zł	50 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie NW (za każdy 1% uszczerbku)	400 zł	430 zł	450 zł
Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwem NW	20 000 zł	20 000 zł	20 000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie NW (wariant standardowy)	130 zł/dzień	140 zł/dzień	150 zł/dzień
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie choroby	2 600 zł	2 800 zł	3 000 zł
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie NW	2 600 zł	2 800 zł	3 000 zł
Zryczałtowane koszty pogrzebu	40 000 zł	45 000 zł	45 000 zł
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (wariant pełny)	4 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby		60 zł/dzień	60 zł/dzień
Zryczałtowane koszty pogrzebu współmałżonka Ubezpieczonego		10 000 zł	10 000 zł
Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie NW		15 000 zł	15 000 zł
Zryczałtowane koszty pogrzebu dziecka Ubezpieczonego		3 000 zł	3 000 zł
Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie NW		6 000 zł	6 000 zł
Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego		5 000 zł	5 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie choroby zakaźnej w rolnictwie			100 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy rolniczej			100 000 zł
SKŁADKA	600 zł	900 zł	1 200 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA	50 zł	75 zł	100 zł



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



ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

- STOSOWANYCH DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
- STOSOWANYCH DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „ŻYCIE I ZDROWIE”

Obowiązują do Umów ubezpieczenia zawartych od 13 lutego 2026 r.

Spis treści

- 3** ZAŁĄCZNIK NR 1 Tabela rodzajów oraz określonych procentowo trwałych uszczerbków na zdrowiu
- 17** ZAŁĄCZNIK NR 2 Tabela rodzaju kalectwa
- 19** ZAŁĄCZNIK NR 3 Tabela rodzaju inwalidztwa
- 20** ZAŁĄCZNIK NR 4 Rodzaje wypadków ubezpieczeniowych
- 21** ZAŁĄCZNIK NR 5 Katalog operacji chirurgicznych

ZAŁĄCZNIK NR 1

Tabela rodzajów oraz określonych procentowo trwałych uszczerbków na zdrowiu

Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. USZKODZENIA GŁOWY		
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych – rany wymagające szycia):		
a) uszkodzenia powłok czaszki, blizny powyżej 1 cm		1
b) uszkodzenia powłok czaszki, blizny powyżej 3 cm		2
c) uszkodzenia powłok czaszki, blizny powyżej 7 cm		4
d) oskalpowanie – powierzchnia powyżej 5 cm średnicy		10
e) oskalpowanie – powierzchnia powyżej 10 cm średnicy		15
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgłębienia, szczeliny, fragmentacje)		4
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy powyżej 2,5 cm		8
b) o średnicy powyżej 5 cm		10
c) o średnicy powyżej 10 cm		15
Uwaga: jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno ocenia się stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 (w zależności od stopnia zmian): nawracający wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłe zapalenie kości, ropowica, zakrzepica powłok, przepuklina mózgowa – przyznaje się dodatkowo		
5. Porażenia i niedowłady połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a		100
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg skali Lovette'a		70
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a		50
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° w skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.		20
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego – kończyna górna – wg skali Lovette'a	P	L
	0°	40
	1–2°	30
	3°	20
	4°	10
f) monoparezy pochodzenia ośrodkowego – kończyna dolna – wg skali Lovette'a		
	0°	40
	1–2°	30
	3°	20
	4°	10
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy i wymagający stałej opieki innej osoby znacznie utrudniający sprawność ustroju		80
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju napadami ocznymi itp. z zaburzeniami mowy,		60
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy		20
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie		80
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym		55
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową		35
d) precyzji ruchów		15
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):		
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej		50
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napady na miesiąc		30
c) padaczka z napadami – 2 napady i mniej na miesiąc		20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności		8
Uwaga: podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza specjalistę (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu są oceniane wg poz. 9.		
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
a) ośpienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję		90
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i wyraźnym deficytem neurologicznym		60
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym		25

Uwaga: za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).

10.	Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego, PZP lub psychologa:	
a)	dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu z hospitalizacją	1
b)	utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym, ze zmianami w badaniach obrazowych – TK, MRI (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość – objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	6
11.	Zaburzenia mowy:	
a)	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią aleksją	70
b)	afazja całkowita motoryczna	50
c)	afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30
d)	afazja nieznacznego stopnia	15
12.	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a)	znacznie upośledzające czynność ustroju	40
b)	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20
13.	Uszkodzenia nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a)	nerwu okoruchowego częściowe	10
b)	nerwu okoruchowego całkowite	15
c)	nerwu błoczkowego	2
d)	nerwu odwodzącego częściowe	5
e)	nerwu odwodzącego całkowite	10
14.	Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:	
a)	częściowe	7
b)	całkowite	15
15.	Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a)	częściowe	7
b)	całkowite	15
Uwaga: uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej jest oceniane wg poz. 48.		
16.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego:	
a)	jednostronne	10
b)	obustronne	30
17.	Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a)	częściowe	6
b)	całkowite	11
18.	Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a)	częściowe	7
b)	całkowite	15
B. USZKODZENIA TWARZY		
19.	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki, oszpecenia):	
a)	oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 1 cm długości lub powyżej 1 cm ² powierzchni)	2
b)	oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	4
c)	oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ² powierzchni)	8
20.	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 19 (zaburzenia funkcji przyjmowania pokarmów, oddychania, mowy, funkcji powiek itp.) – przyznaje się dodatkowo:	do 10
21.	Uszkodzenia nosa:	
a)	złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	3
b)	złamanie kości nosa z wyraźną deformacją, z zaburzeniami oddychania	7
c)	złamanie kości nosa z wyraźną deformacją, z zaburzeniami oddychania i powonienia	12
d)	utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25
e)	całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5
22.	Utrata zęba stałego (za każdy ząb):	
a)	częściowa	0,5
b)	całkowita – siekacze i kły	2
c)	całkowita – pozostałe zęby	1
23.	Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a)	bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego i leczone zachowawczo	2

b)	bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego i leczone operacyjnie	5
c)	z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego i leczone zachowawczo	5
d)	z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego i leczone zachowawczo	8
24.	Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a)	częściowa (powyżej 30%)	10
b)	całkowita	30
25.	Ubytek podniebienia:	
a)	z zaburzeniami mowy i połykania	15
b)	z dużymi zaburzeniami mowy i połykania, objawy niedożywienia	25
26.	Ubytki języka:	
a)	bez zaburzeń mowy i połykania	2
b)	z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10
c)	z dużymi zaburzeniami mowy i połykania, objawy niedożywienia	30
d)	całkowita utrata języka	45

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwały uszczerbek na zdrowiu określa się wg następującej tabeli:

ostrość wzroku ostrość wzroku oka lewego		1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
		(0/10)	(9/10)	(8/10)	(7/10)	(6/10)	(5/10)	(4/10)	(3/10)	(2/10)	(1/10)	-
ostrość wzroku oka prawego		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 zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b)	dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	5
c)	utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38
28.	Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a)	jednego oka	15
b)	obojga oczu	30
29.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a)	rozdarcie naczyniówki jednego oka	
b)	zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego wg tabeli z poz. 27a	
c)	przedziurawienie plamki żółtej jednego oka	
d)	zanik nerwu wzrokowego	
30.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a)	blizny rogówki lub twardówki	
b)	zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg tabeli z poz. 27a
c)	ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z poz. 27a
32.	Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg poniżej podanej tabeli:	

zwężenie do	przy nienaruszonym drugim oku	w obu oczach	przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
poniżej 10°	35	95	100

33. Połowicze niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	40
b) dwunosowe	25
c) jednoimienne	20
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
a) w jednym oku	20
b) w obu oczach	35
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli z poz. 27a
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (stałe łzawienie):	
a) w jednym oku	7
b) w obu oczach	12
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka wg tabeli z poz. 27a	
Uwaga: odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem).	
38. Jaskra – ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z poz. 27a
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:	
a) jednostronny	40
b) obustronny	70
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej	wg tabeli z poz. 27a
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:	
a) zmiany niewielkie	3
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki	wg tabeli z poz. 27a

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się wg niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):

ucho lewe \ ucho prawe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	pow. 70 dB
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, 1000 i 2000 Hz. Na podstawie audiogramu obiektywnego.

43. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany małżowiny usznej – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm długości lub powyżej 1 cm ² powierzchni)	2
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)	5
c) utrata całkowita jednej małżowiny	15
d) utrata całkowita obu małżowin	25
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:	
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z poz. 42
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z poz. 42
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (trwające powyżej 3 miesięcy):	
a) jednostronne	5
b) obustronne	10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha (trwające powyżej 3 miesięcy):	
a) jednostronne	8
b) obustronne	12
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z poz. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	25
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	35
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	20
b) dwustronne	35

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania	10

b)	ze znacznymi zaburzeniami mowy i polykania oraz objawami niedożywienia	15
51.	Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia do 15	
52.	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a)	z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	do 20
b)	z bezgłosem	30
53.	Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a)	bez niewydolności oddechowej	15
b)	z niewydolnością oddechową – potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	30
54.	Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a)	częściowe trudności w odżywianiu – z upośledzeniem stanu odżywiania	15
b)	odżywianie tylko płynami	40
c)	całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	60
55.	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (blizny i ubytki, oszpecenia):	
a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 1 cm długości lub powyżej 1 cm ² powierzchni)	2
b)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	4
c)	widoczne i rozległe zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ² powierzchni)	8
Uwaga: uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – ocenia się wg poz. 87.		
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		
56.	Uszkodzenia części miękkich klatki piersiowej, grzbietu (blizny, ubytki, oszpecenia) w zależności od stopnia zniekształcenia:	
a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni), nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	2
b)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ²), ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc/ potwierdzone badaniem spirometrycznym	6
c)	widoczne i rozległe zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 15 cm długości lub powyżej 15 cm ²), duże ubytki mięśniowe, znacz – nego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem pojemności życiowej płuc, potwierdzone badaniem spirometrycznym	10
57.	Utrata brodawki sutkowej u kobiet:	
a)	częściowa	3
b)	całkowita	6
58.	Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a)	częściowa (powyżej 30%)	15
b)	całkowita	20
59.	Złamania żeber:	
a)	złamanie jednego żebra	1
b)	złamanie dwóch żeber	2
c)	liczne złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	5
d)	liczne złamania ze zniekształceniem i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc	10
60.	Złamanie mostka:	
a)	bez przemieszczenia	2
b)	z przemieszczeniem / wygojone z deformacją	5
61.	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – rosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a)	bez cech niewydolności oddechowej	5
b)	z cechami niewydolności oddechowej – w zależności od jej stopnia w spirometrii i badaniu gazometrycznym	15
62.	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 61 (w zależności od stopnia zmian) przetoki oskrzelowe, ropnie płuc przetoki – przyznaje się dodatkowo	do 10
63.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	7
b)	I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	15
c)	II klasa NYHA, EF 45%–55%, 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	25
d)	III klasa NYHA, EF 35%–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	30
e)	IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	50
64.	Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a)	bez zaburzeń funkcji – po leczeniu operacyjnym	8
b)	zaburzenia średniego stopnia	15
c)	zaburzenia dużego stopnia (z niewydolnością oddechową) – potwierdzone badaniem spirometrycznym i gazometrycznym	25
G. USZKODZENIE BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		
65.	Uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (blizny, ubytki, oszpecenia):	
a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	2

b)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ² powierzchni), przepukliny pourazowe	6
c)	znacznego stopnia ograniczenie ruchomości, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 15 cm długości lub powyżej 15 cm ² powierzchni)	10

Uwaga: za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe.

66.	Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a)	po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	4
b)	po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8
c)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – zaburzenia stanu odżywienia	20
d)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	30
67.	Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a)	jelita cienkiego	50
b)	jelita grubego	40
68.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) – w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	do 8
69.	Uszkodzenia odbytnicy:	
a)	pełnościenne uszkodzenie leczone operacyjnie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	10
b)	wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	20
70.	Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50
71.	Uszkodzenie śledziony:	
a)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	10
b)	utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
c)	utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
72.	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu (bez zaburzeń funkcjonalnych utrata pęcherzyka żółciowego)	8
b)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	15
c)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	25
d)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, utrata trzustki	30

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWOPŁCIOWYCH

73.	Uszkodzenie nerek:	
a)	uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – leczone operacyjnie)	10
b)	uszkodzenie nerki powodujące upośledzenie jej funkcji (leczone operacyjnie)	15
c)	uszkodzenie obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji (leczone operacyjnie)	20
74.	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75.	Utrata jednej nerki przy wyraźnym upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki	50
76.	Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a)	bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	8
b)	z zaburzeniami funkcji (potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych)	15
77.	Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a)	bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	10
b)	z zaburzeniami funkcji (potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych)	20
78.	Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	do 10
79.	Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) obrazowych i urodynamicznych: – potwierdzone w badaniach	
a)	powodujące trudności w oddawaniu moczu	10
b)	z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	25
80.	Utrata prącia	35
81.	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	do 15
82.	Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a)	utrata w wieku do 50 roku życia	15
b)	utrata w wieku po 50 roku życia	10
83.	Utrata obu jąder lub jajników:	
a)	utrata w wieku do 50 roku życia	30
b)	utrata w wieku po 50 roku życia	20

84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	4
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	8
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35
b) w wieku powyżej 45 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	8
b) pochwy i macicy	20
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
87. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenia, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-3
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (TK i MRI – przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15 st.)	8
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie rtg i TK/ MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	12
d) złamania ze znacznym zniekształceniem zeszywnieniem/ usztywnienia operacyjne w obrazie rtg i TK/ MRI, całkowitym	20
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym:	
a) bez zniekształceń kręgów, z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-3
b) ze zniekształceniem kręgów, z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	8
c) złamania ze znacznym zniekształceniem zeszywnieniem / usztywnienia operacyjne w obrazie rtg i TK/ MRI, całkowitym	12
89. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	4
b) złamania mnogie wyrostków	7
90. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 87-89 (w zależności od stopnia zmian): zapalenia kręgów, obecność ciała obcego itp. – przyznaje się dodatkowo	do 5
91. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek	70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	30
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	90
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	60
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	20
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	30
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń i zmian urazowych rdzenia – potwierdzone w badaniach obrazowych (TK, MRI)	15
J. USZKODZENIA MIEDNICY	
92. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego:	
a) niewielkiego stopnia (leczone zachowawczo)	8
b) znacznego stopnia (leczone operacyjnie)	12
93. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa) – leczone zachowawczo	8
b) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa) – leczone operacyjnie	12
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) – leczone zachowawczo	15
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) – leczone operacyjnie	20
94. Złamanie dna panewki – w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających:	
a) I°	10
b) II°	15
c) III°	20
d) I V°	30
95. Izolowane złamanie miednicy (kość łonowa, kulszowa, talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia:	
a) bez przemieszczenia	6
b) z przemieszczeniem	10

Uwaga: towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest wg zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosuje się ocenę wg pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).

	P	L
96. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez większych zaburzeń funkcji kończyny	3	2
b) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i ograniczeniem funkcji – ograniczenie ruchomości powyżej 30%	8	6
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem funkcji – ograniczenie ruchomości powyżej 60%	12	8
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczam i ze śladowym ruchem w stawie ramienno-łopatkowym	20	18
97. Złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym – z ograniczeniem ruchów barku do 30%	4	3
b) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchów barku powyżej 30%	8	7
c) duże zniekształcenie, zaniki mięśniowe z dużym ograniczeniem ruchów barku powyżej 60%	15	15
98. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny (dodatkowo do poz. 97):	do 8	do 5
99. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów:		
a) zespół bólowy, uszkodzenia I°	4	3
b) niewielka deformacja, uszkodzenia II° bez ograniczeń ruchomości barku	8	6
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (nie leczone operacyjnie), z upośledzeniem ruchomości kończyny powyżej 30%	12	8
d) duże zniekształcenie, zaniki mięśniowe z dużym ograniczeniem ruchów barku powyżej 60%	15	10
100. Uszkodzenia stawu barkowego – uszkodzenie mięśni rotatorów, zwichnięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2	1
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4	3
c) złamania bez przemieszczenia	5	4
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	8	7
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką		15
101. Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	do 10	
102. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	do 20	
Uwaga: staw wiotki z powodu porażień oceniany jest wg norm neurologicznych.		
103. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20	20
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30	25
104. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się wg poz. 100-103, przyznając dodatkowo		do 5
105. Utrata kończyny w barku	70	65
Ramię		
106. Utrata kończyny wraz z łopatką	75	70
107. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	5	4
b) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	8	7
c) z przemieszczeniem z zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	10	9
108. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 107 (w zależności od stopnia zmian): przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy, ciała obce i zmiany neurologiczne – przyznaje się dodatkowo		do 5
109. Uszkodzenie tkanek miękkich ramienia/ barku/ łokcia:	P	L
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny (powyżej 3 cm długości lub 3 cm ² powierzchni)	2	2
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny (powyżej 7 cm długości lub 7 cm ² powierzchni)	6	6
c) widoczne i rozległe zniekształcenia, ubytki i blizny (powyżej 15 cm długości lub 15 cm ² powierzchni), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	10	10
110. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	65	60
b) przy dłuższych kikutach	60	55
Łokieć		
111. Uszkodzenia stawu łokciowego – złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia z ograniczeniem ruchomości	2	1
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4	3
c) złamania bez przemieszczenia	5	4

d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	8	7
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15	15
112. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do przedramienia (75°-110°) kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi	20	15
b) z brakiem ruchów obrotowych	25	20
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	30	25
113. Wiszący staw łokciowy:	25	20
114. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się wg poz. 111-113, przyznając dodatkowo		do 5
Przedramię		
115. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	4	3
b) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6	5
c) z przemieszczeniem z zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8	7
116. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 115 (w zależności od stopnia zmian): przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy, ciała obce i zmiany neurologiczne – przyznaje się dodatkowo		do 5
117. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	3	3
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zięcia grzbietowego i dłoniowego po – 10°, złamania podokostnowe typu „zielonej gałązki”	4	3
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po – 20°	8	7
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe, neurologiczne itp.)	10	10
118. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się wg poz. 115-117, przyznając dodatkowo		do 5
119. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka:		
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 3 cm długości lub 3 cm ² powierzchni), bez ograniczenia ruchomości	2	2
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 7 cm długości lub 7 cm ² powierzchni)	5	5
c) widoczne i rozległe zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 15 cm długości lub 15 cm ² powierzchni), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8	8
Nadgarstek		
120. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do protezowania	do 55	do 50
121. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości, blizny) – w zależności od ustawienia, zakresu ruchów, objawów bólowych i troficznych oraz funkcji palców:		
a) ograniczenie ruchomości niewielkiego stopnia po przebytych skręceniach	2	1
b) ograniczenie ruchomości miernego stopnia powyżej 30% zakresu ruchomości	4	3
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia powyżej 60% zakresu ruchomości	7	6
122. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15	15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20	20
123. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg poz. 121-122, przyznając dodatkowo		do 5
Śródrezcze		
124. Złamania kości śródrezcza (za każdą kość):		
a) I lub II kość śródrezcza – bez przemieszczenia	2	2
b) II lub II kość śródrezcza – z przemieszczeniem	3	3
c) III, IV i V kość śródrezcza – bez przemieszczenia	1	1
d) III, IV i V kość śródrezcza – z przemieszczeniem	2	2
125. Uszkodzenie tkanek miękkich śródrezcza (blizny, ubytki, oszpecenia):		
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 1 cm długości lub 1 cm ² powierzchni)	1	1
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 3 cm długości lub 3 cm ² powierzchni)	2	2
c) widoczne i rozległe zniekształcenia, ubytki i blizny skórne (powyżej 7 cm długości lub 7 cm ² powierzchni), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	4	4
Kciuk		
126. Utraty w obrębie kciuka:		
a) utrata całkowita opuszki	3	2
b) utrata części paliczka paznokciowego	5	4

c)	utrata całkowita paliczka paznokciowego	7	8
d)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego – poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	15	15
e)	utrata obu paliczków z kością śródreżcza	20	20
127.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany pozostawiające blizny powyżej 1 cm/1 cm ² , złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany czuciowe) – powodujące:		
a)	niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości lub z niewielkimi ograniczeniami do 30%	1	1
b)	zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	4	3
c)	zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8	6

Uwaga: przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

Palec wskazujący

128.	Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a)	utrata całkowita opuszki	3	2
b)	utrata części paliczka paznokciowego	4	3
c)	utrata całkowita paliczka paznokciowego	6	5
d)	utrata całkowita dwóch paliczków	10	10
e)	utrata trzech paliczków	15	12
f)	utrata palca wskazującego z kością śródreżcza	20	20

129.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródreżcza (rany pozostawiające blizny powyżej 2 cm/2 cm ² , złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany czuciowe) powodujące:		
a)	niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości lub z niewielkimi ograniczeniami do 30%	1	1
b)	zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	4	3
c)	zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8	6

Palec trzeci, czwarty i piąty

130.	Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a)	utrata części paliczka	1	1
b)	palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	2	2
c)	palca piątego – za każdy paliczek	1,5	1,5
131.	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżcza – dodatkowo do poz. 130		4
132.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany pozostawiające blizny powyżej 2 cm/2 cm ² , złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany czuciowe) – powodujące:		
a)	niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości lub z niewielkimi ograniczeniami do 30%	1	1
b)	zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3	2
c)	zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	5	4

Uwaga: przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

L. USZKODZENIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Staw biodrowy

133.	Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75	
134.	Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.		wg poz. 139
135.	Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	25	
b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	
136.	Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		
a)	prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami	7	
b)	ze zmianami wtórnymi i skróceniem >4 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >4 cm i niewydolnością chodu	12	
c)	z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem >6 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe >6 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16	
d)	z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	25	
137.	Urazy stawu biodrowego, zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi		do 5

Uwaga: jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami, a wypadkiem.

Udo

138. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami	8
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem >4 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >4 cm i niewydolnością chodu	12
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem >6 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego kolanowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe >6 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	20
139. Uszkodzenia uda/ stawu biodrowego/ kolana (rany pozostawiające blizny, przepukliny mięśniowe, uszkodzenia ścięgien/mięśni):	
a) rozległe uszkodzenia (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni), bez ograniczenia ruchomości; uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych	2
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ² powierzchni), z ograniczeniami ruchomości powyżej 30%, uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych	5
140. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych do 10	
141. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z orzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych do	5
142. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg poz. 136-139, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	do 20
Uwaga: łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego wg poz. 138-142 nie może przekroczyć 60%.	
143. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania 65	
Kolano	
144. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw – w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) niewielkim deficytem ruchomości do 30%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	12
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	12
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15
d) zeszczywnienie całkowite stawu kolanowego	25
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	20
145. Uszkodzenia stawów kolanowych – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, przebyte rekonstrukcje w obrębie kolana, zaniki mięśni 1-2 cm – uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych	3
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni >2 cm – uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych	5
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	8
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samo nastawienia)	1
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprustu do 120° dla zgięcia. Uszkodzenia skóry oceniać z poz. 150.	
146. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60
Podudzie	
147. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami	7
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem >4 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >4 cm i niewydolnością chodu	12
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem >6 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego kolanowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe >6 cm, z dużą niewydolnością chodu/stosowanie kul, lasek itp.	20
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych – dodatkowo	do 5
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej) 2	
150. Uszkodzenia podudzia (rany pozostawiające blizny, uszkodzenia ścięgien/mięśni) – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni, bez ograniczeń ruchomości, uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych	2
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ² powierzchni, z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%, uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych)	4
c) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 15 cm długości lub powyżej 15 cm ² powierzchni, z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%)	6
d) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) – leczone operacyjnie	8
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	

a)	przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	55
b)	przy dłuższych kikutach	45
Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa		
152.	Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwinięcia itp.), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a)	leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	2
b)	miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 30% z niewielką niestabilnością / uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych	4
c)	z ograniczeniem ruchów stawu skokowo goleniowego powyżej 60% z deformacją i objawami niestabilności – uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych	8
d)	dużego stopnia zniekształcenia z upośledzeniem chodu, powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp., wymagające stosowania kul, lasek itp.	15
153.	Złamania i zwinięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a)	złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 30%	3
b)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5
c)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 60% z wyraźną deformacją	10
154.	Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a)	pod kątem zbliżonym do prostego	15
b)	w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20
Uwaga: uszkodzenia skóry oceniane są z poz. 150.		
155.	Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a)	niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	4
b)	średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	8
c)	znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 60% (z wyraźną deformacją)	12
d)	znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi – wymagającego zaopatrzenia w obuwiu ortopedyczne	15
156.	Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:	
a)	częściowa – powyżej 30%	15
b)	całkowita	30
157.	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a)	niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	2
b)	średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	5
c)	znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	8
158.	Złamania kości śródstopia:	
a)	złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	3
b)	złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	5
c)	złamanie trzech kości ze zniekształceniem	7
d)	złamanie czterech i więcej kości ze zniekształceniem	9
159.	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg poz. 158 i przynajmniej dodatkowo	do 5
160.	Inne uszkodzenia stopy/ stawu skokowego / podudzia / (rany pozostawiające blizny, uszkodzenia ścięgien/mięśni) – w zależności od stopnia upośledzenia czynności:	
a)	rozległe (powyżej 3 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1
b)	zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 7 cm długości lub powyżej 7 cm ² powierzchni), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3
c)	zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 15 cm długości lub powyżej 15 cm ² powierzchni), z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	7
161.	Utrata stopy w całości	45
162.	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35
163.	Utrata stopy w stawie Lisfranka	30
164.	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25
Palce stopy		
165.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palucha (rany pozostawiające blizny powyżej 2 cm/2 cm ² , złamanie, uszkodzenia ścięgien/mięśni, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany czuciowe) – powodujące:	
a)	niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości lub z niewielkimi ograniczeniami do 30%	1
b)	zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	2
c)	zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	3

166. Utrata palucha:		
a) części paliczka paznokciowego		3
b) paliczka paznokciowego		4
c) utrata całego palucha		7
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia		15
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części – ½ długości		2
b) w całości		4
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia		8
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – za każdy palec:		7
171. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców II-IV (rany pozostawiające blizny powyżej 1 cm/1 cm ² , złamania, uszkodzenia ścięgien/mięśni, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany czuciowe) – powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości lub z niewielkimi ograniczeniami do 30%		0,5
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%		1
c) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%		2

M. PORAZENIE LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		P	L
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		7	7
b) nerwu piersiowego długiego		10	7
c) nerwu pachowego			
	częściowe	7	6
	całkowite	10	8
d) nerwu mięśniowo-skórnego			
	częściowe	7	6
	całkowite	10	8
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia			
	częściowe	12	8
	całkowite	25	20
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia			
	częściowe	10	8
	całkowite	20	15
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia			
	częściowe	10	8
	całkowite	15	10
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia			
	częściowe	7	4
	całkowite	12	8
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia			
	częściowe	12	10
	całkowite	20	15
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka			
	częściowe	8	5
	całkowite	15	10
k) nerwu łokciowego			
	częściowe	8	5
	całkowite	15	10
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)			
	częściowe	10	8
	całkowite	20	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)			
	częściowe	15	10
	całkowite	30	25
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego			7
o) nerwu zasłonowego			
	częściowe		5
	całkowite		8
p) nerwu udowego			
	częściowe		10
	całkowite		15

q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	częściowe	5
	całkowite	10
r) nerwu sromowego wspólnego	częściowe	5
	całkowite	10
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	częściowe	15
	całkowite	35
t) nerwu piszczelowego	częściowe	10
	całkowite	15
u) nerwu strzałkowego wspólnego	częściowe	6
	całkowite	10
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	częściowe	15
	całkowite	40
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	częściowe	15
	całkowite	6

Uwaga: wg poz. 172 oceniane są tylko uszkodzenia izolowane nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę wg pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).

ZAŁĄCZNIK NR 2 Tabela rodzaju kalectwa

Rodzaj trwałego kalectwa na zdrowiu	Procent trwałego kalectwa na zdrowiu
Całkowita utrata:	
1. wzroku w jednym oku	35
2. wzroku w obydwu oczach	100
3. słuchu w jednym uchu	20
4. słuchu w obu uszach	50
5. węchu i zmysłu powonienia łącznie	10
6. języka i zmysłu smaku łącznie	50
Całkowita fizyczna utrata:	
7. kciuka	20
8. palca wskazującego	10
9. palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5
10. palucha	5
11. palca stopy poza paluchem	2
12. wszystkich palców stopy	25
Całkowita fizyczna utrata lub utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	
13. kończyna górna w stawie barkowym	70
14. przedramię (kończyna górna powyżej stawu łokciowego a poniżej stawu barkowego)	65
15. śródreżcze (kończyna górna poniżej stawu łokciowego a powyżej nadgarstka)	50
16. nadgarstek (kończyna górna poniżej lub na wysokości nadgarstka)	55
17. kończyna dolna powyżej środkowej części uda	70
18. podudzie (kończyna dolna poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego)	60
19. kończyna dolna poniżej stawu kolanowego a powyżej środkowej części	50
20. kończyna dolna poniżej środkowej części podudzia a powyżej stopy (stawu kolanowego)	45
21. kończyna dolna – utrata stępu (stopa w stawie skokowym)	40
22. kończyna dolna – śródstopie (stopa z wyłączeniem pięty)	30
Złamania:	
23. Złamanie kości podstawy i sklepienia czaszki:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
24. Złamanie kości: twarzoczaszki, zuchwy, kciuka (paliczki kciuka i kości śródreżcza), palca wskazującego, obojczyka, rzepki, kości skokowej, piętowej:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	6
c) inne złamania wieloodłamowe	4
d) inne złamania	2
25. Złamanie kości podstawy i sklepienia łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
26. Złamanie kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	3
27. Złamanie obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3
28. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, łódkowatej stopy, sześcienniej, klinowatych:	
a) wieloodłamowe otwarte	8
b) inne złamania otwarte	6

c) inne złamania wieloodłamowe	4
d) inne złamania	2
29. Złamanie kości śródreżcza i śródstopia, nadgarstka, mostka:	
a) złamania otwarte	6
b) inne złamania	2
30. Złamanie kości: żeber, wyrostków ościstych i poprzecznych kręgosłupa, ogonowej, strzałkowej, łonowej, kulszowej, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskaziciela):	
a) złamania otwarte	8
b) inne złamania	3
31. Złamanie kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamanie pod-i przeskrętarzowe):	
a) wieloodłamowe otwarte	25
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
32. Złamanie kości: talerza biodrowego, kolcy biodrowych, trzonu kręgow, guza kulszowego:	
a) złamania otwarte	8
b) inne złamania	3
33. Złamanie kości udowej:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	3
34. Złamanie obu kości podudzia:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3
Oparzenia (II° i III°):	
35. oparzenia obejmujące 5-15% powierzchni ciała	10
36. oparzenia obejmujące 16-30% powierzchni ciała	25
37. oparzenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
Porażenie:	
38. porażenie czterokończynowe	100
39. porażenie dwukończynowe	60

ZAŁĄCZNIK NR 3
TABELA RODZAJU INWALIDZTWA

Rodzaj inwalidztwa	% sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	70%
Utrata przedramienia	65%
Utrata nadgarstka	55%
Utrata śródreżcza	50%
Utrata kciuka	20%
Utrata palca wskazującego	10%
Utrata palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5%
Utrata uda	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata stępu	40%
Utrata śródstopia	30%
Utrata palucha	5%
Utrata palca stopy poza paluchem	2%
Utrata wszystkich palców stopy	25%
Obustronna utrata wzroku	100%
Jednostronna utrata wzroku	50%
Obustronna utrata słuchu	60%
Jednostronna utrata słuchu	30%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenie dwukończynowe	60%

ZAŁĄCZNIK NR 4

Rodzaje wypadków ubezpieczeniowych (uszczerbków, których następstwem było poddanie określonej części ciała ubezpieczonego przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy przez ubezpieczonego) wraz z podaniem procentu sumy ubezpieczenia należnego tytułem świadczenia

Część ciała, której dotyczy uszczerbek	Wypadek ubezpieczeniowy: przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
Głowa i szyja		
	włosów (w zależności od powierzchni uszkodzonej skóry głowy)	2-15%
	brwi	2% za jedną brew
	rzęs	2% za jedną powiekę
	gałki ocznej	6%
	małżowiny usznej	8%
	nosa	15%
	uzębienia	2% za każdy ząb
	skóry twarzy i szyi	5-75% (w zależności od rozległości)
Klatka piersiowa		
u kobiet	piersi – bez przypadków częściowych amputacji, np. tzw. „kwadrantectomii”	25%
Brzuch		
u mężczyzn	jądra	20%
Kończyna górna		
	ramienia powyżej stawu łokciowego	60%
	przedramienia powyżej stawu promieniowo-nadgarstkowego	45%
	ręki z urazem kości śródreżcza powyżej stawów śródreżczno-paliczkowych	40%
	kciuka powyżej lub na wysokości stawu śródreżczno-paliczkowego	20%
	palca wskazującego powyżej lub na wysokości stawu śródreżcznopaliczkowego	15%
	palca III-V powyżej lub na wysokości stawu śródreżczno-paliczkowego	3%
Kończyna dolna		
	uda powyżej lub na wysokości stawu kolanowego	65%
	podudzia powyżej lub na wysokości stawu skokowego	55%
	stopy powyżej lub na wysokości stawu Choparta	40%
	palucha powyżej lub na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego	10%

ZAŁĄCZNIK NR 5 KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Lp.	Operacja	Stopień trudności
UKŁAD NERWOWY		
1.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
2.	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
4.	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	II
5.	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
6.	Wentrykulostomia	II
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
12.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
15.	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
16.	Rekonstrukcja opony twardej	I
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej	I
19.	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
20.	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I
21.	Wycięcie nerwu obwodowego	III
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego	III
23.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	III
24.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	II
25.	Sympatektomia szyjna	II
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY		
1.	Wycięcie przysadki mózgowej	I
2.	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
3.	Operacja szyszynki	I
4.	Wycięcie tarczycy	II
5.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II
6.	Wycięcie tarczycy językowej	II
7.	Wycięcie przytarczyc	II
8.	Wycięcie grasicy	II
9.	Wycięcie nadnercza	II
10.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	II
11.	Całkowite wycięcie sutka	II
12.	Całkowita rekonstrukcja sutka	I
13.	Nacięcie sutka	III
14.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III
OKO		
1.	Wycięcie gałki ocznej	II
2.	Usunięcie zmiany oczodołu	II
3.	Protezowanie gałki ocznej	III
4.	Rewizja protezy gałki ocznej	III
5.	Operacyjna plastyka oczodołu	II
6.	Nacięcie oczodołu	III
7.	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
8.	Usunięcie zmiany powieki	III
9.	Wycięcie nadmiaru powieki	III
10.	Rekonstrukcja powieki	III
11.	Korekcja deformacji powieki	III

12.	Korekcja opadania powieki	II
13.	Nacięcie powieki	III
14.	Ochronne zeszyście szpary powiekowej	III
15.	Operacja gruczołu łzowego	III
16.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
17.	Operacja kanału łzowego	III
18.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
19.	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
20.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
21.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
22.	Usunięcie zmiany spojówki	III
23.	Operacja naprawcza spojówki	III
24.	Nacięcie spojówki	III
25.	Wycięcie zmiany rogówki	III
26.	Plastyka rogówki	II
27.	Operacja naprawcza rogówki	III
28.	Nacięcie rogówki	III
29.	Usunięcie zmiany twardówki	III
30.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	II
31.	Nacięcie twardówki	III
32.	Wycięcie tęczówki	III
33.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
34.	Nacięcie tęczówki	III
35.	Usunięcie ciała rzęskowego	II
36.	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
37.	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
38.	Nacięcie torebki soczewki oka	III
39.	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
40.	Operacja ciała szklistego	II
41.	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
UCHO		
1.	Wycięcie ucha zewnętrznego	II
2.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III
3.	Plastyka ucha zewnętrznego	II
4.	Drenaż ucha zewnętrznego	III
5.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	II
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	II
7.	Drenaż ucha środkowego	III
8.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
9.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	II
10.	Operacja trąbki Eustachiusza	II
11.	Operacja ślimaka	I
12.	Operacja aparatu przedsionkowego	II
UKŁAD ODDECHOWY		
1.	Wycięcie nosa	II
2.	Plastyka nosa	II
3.	Operacja przegrody nosa	III
4.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III
5.	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III
6.	Operacja nosa zewnętrznego	III
7.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
8.	Operacja zatoki czołowej	III
9.	Operacja zatoki klinowej	III
10.	Operacja zatoki nosa	III
11.	Wycięcie gardła	I
12.	Operacja naprawcza gardła	II
13.	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II
14.	Wycięcie krtani	II
15.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II

16.	Rekonstrukcja krtani	I
17.	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III
18.	Częściowe wycięcie tchawicy	I
19.	Plastyka tchawicy	II
20.	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II
21.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III
22.	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
23.	Częściowe usunięcie oskrzela	II
24.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
25.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
26.	Przeszczep płuca	I
27.	Wycięcie płuca	I
28.	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
29.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
30.	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA		
1.	Częściowe wycięcie wargi	III
2.	Usunięcie zmiany wargi	III
3.	Korekcja deformacji wargi	II
4.	Wycięcie języka	II
5.	Usunięcie zmiany języka	III
6.	Nacięcie języka	III
7.	Usunięcie zmiany podniebienia	III
8.	Korekcja deformacji podniebienia	II
9.	Wycięcie migdałków	III
10.	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
11.	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
12.	Wycięcie ślinianki	III
13.	Usunięcie zmiany ślinianki	III
14.	Nacięcie gruczołu ślinowego	III
15.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
16.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
17.	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
18.	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		
1.	Wycięcie przełyku i żołądka	I
2.	Całkowite wycięcie przełyku	I
3.	Częściowe wycięcie przełyku	II
4.	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
5.	Zespolenie omijające przełyku	I
6.	Rewizja zespolenia przełyku	II
7.	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
8.	Operacja naprawcza przełyku	I
9.	Nacięcie przełyku	II
10.	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
11.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
12.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
13.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	III
14.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
15.	Operacja antyrefluksowa	III
16.	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III
17.	Całkowite wycięcie żołądka	I
18.	Częściowe wycięcie żołądka	II
19.	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
20.	Operacja plastyczna żołądka	II
21.	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
22.	Zespolenie żołądkowo-czcze	II

23.	Gastrotomia	III
24.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
25.	Pyloromyotomia	II
26.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
27.	Wycięcie dwunastnicy	II
28.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
29.	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
30.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II
31.	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
32.	Wycięcie jelita czczego	II
33.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
34.	Jejunostomia	II
35.	Zespolenie omijające jelita czczego	II
36.	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
37.	Wycięcie jelita krętego	II
38.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
39.	Zespolenie omijające jelita krętego	II
40.	Rewizja zespolenia jelita krętego	II
41.	Wytworzenie ileostomii	II
42.	Rewizja ileostomii	II
43.	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
44.	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II
DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		
1.	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
2.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
3.	Całkowite wycięcie okrężnicy	I
4.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
5.	Resekcja poprzecznicy	II
6.	Lewostronna hemikolektomia	II
7.	Wycięcie esicy	II
8.	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
9.	Zespolenie omijające okrężnicy	II
10.	Wyłonienie jelita ślepego	II
11.	Nacięcie okrężnicy	II
12.	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
13.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
14.	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
15.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	III
16.	Wycięcie odbytnicy	I
17.	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
18.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
19.	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
20.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
21.	Wycięcie odbytu	II
22.	Wycięcie zmiany odbytu	III
23.	Operacja naprawcza odbytu	II
24.	Wycięcie hemoroidów	III
25.	Drenaż przez okolicę krocza	III
26.	Wycięcie zatoki włosowej	III
INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		
1.	Przeszczep wątroby	I
2.	Częściowe wycięcie wątroby	I
3.	Usunięcie zmiany wątroby	I
4.	Nacięcie wątroby	III
5.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
6.	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
7.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	III
8.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
9.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II

10.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
11.	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	III
12.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
13.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
14.	Zespolenie przewodu wątrobowego	I
15.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
16.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
17.	Nacięcie przewodu żółciowego	II
18.	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
19.	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
20.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
21.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
22.	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
23.	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
24.	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	III
25.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III
26.	Przeszczep trzustki	I
27.	Całkowite wycięcie trzustki	I
28.	Wycięcie głowy trzustki	I
29.	Usunięcie zmiany trzustki	II
30.	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
31.	Otwarty drenaż trzustki	II
32.	Nacięcie trzustki	II
33.	Całkowite wycięcie śledziony	II

SERCE

1.	Przeszczep płuc i serca	I
2.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
3.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I
4.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
5.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
6.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
7.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
8.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
9.	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
10.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
11.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
12.	Plastyka przedsionka serca	I
13.	Walwuloplastyka mitralna	I
14.	Walwuloplastyka aortalna	I
15.	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
16.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
17.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
18.	Rewizja plastyki zastawki serca	I
19.	Otwarta walwulotomia	I
20.	Zamknięta walwulotomia	I
21.	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	II
22.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
23.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
24.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
25.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
26.	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
27.	Otwarta koronaroplastyka	I
28.	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II
29.	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	I
30.	Wszczepienie systemu wspomagania serca	II
31.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
32.	Inny stały sposób stymulacji serca	I
33.	Wycięcie osierdzia	I
34.	Drenaż osierdzia	II

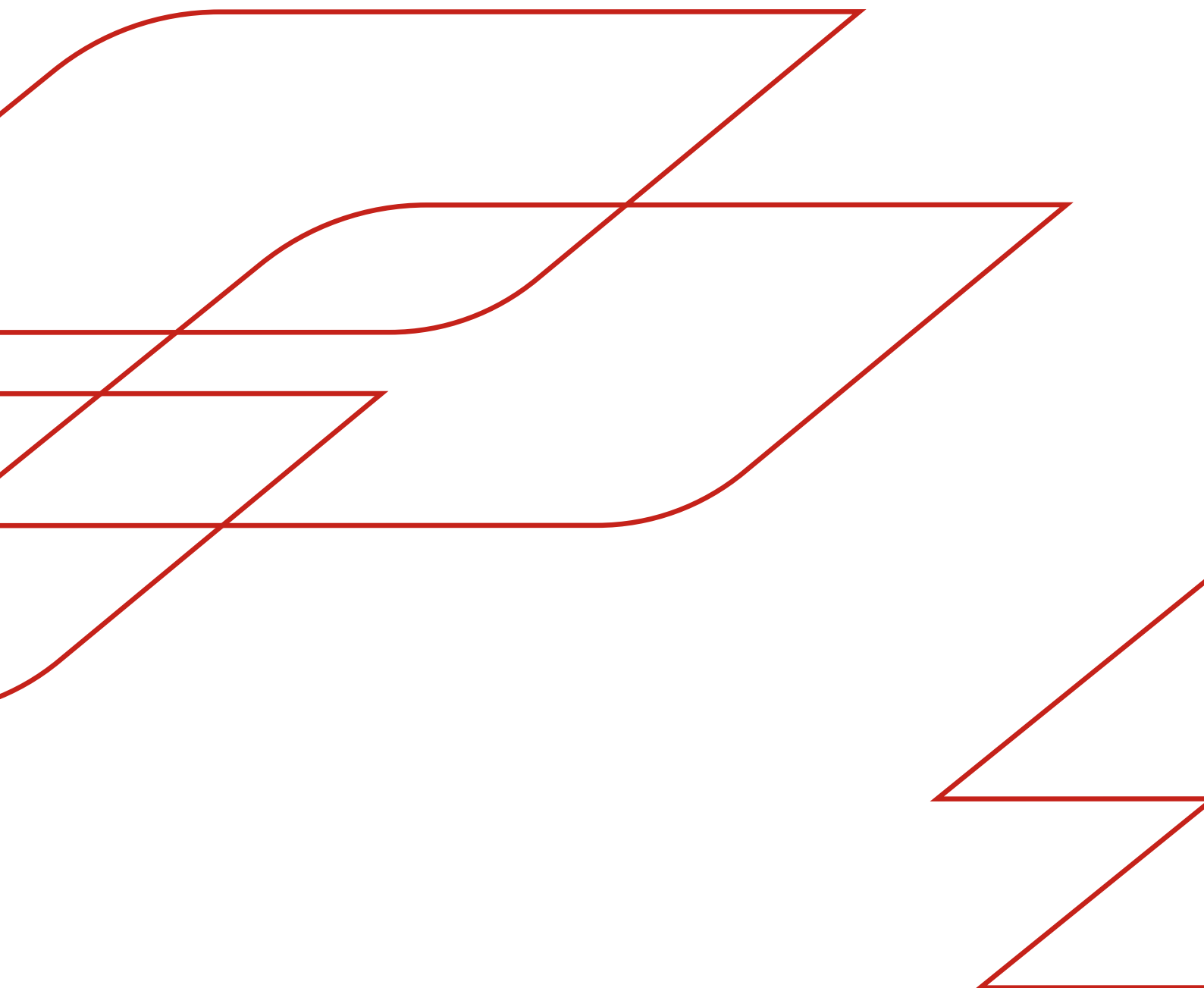
35.	Nacięcie osierdzia	II
NACZYNNIA TĘTNICZE ORAZ ŻYLNIE		
1.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
2.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
3.	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
4.	Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
5.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
6.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
7.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	II
8.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
9.	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
10.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
11.	Plastyka aorty	I
12.	Przeznaczyniowa operacja aorty	II
13.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
14.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	II
15.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
16.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	II
17.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
18.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
19.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
20.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	II
21.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
22.	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
23.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
24.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
25.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	II
26.	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
27.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
28.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	III
29.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
30.	Wycięcie innej tętnicy	III
31.	Operacja naprawcza innej tętnicy	III
32.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
33.	Zespolenie tętniczo-żylne	III
34.	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
35.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
36.	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	III
37.	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
38.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	III
UKŁAD MOCZOWY		
1.	Przeszczep nerki	II
2.	Całkowite wycięcie nerki	II
3.	Częściowe wycięcie nerki	II
4.	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
5.	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
6.	Nacięcie nerki	II
7.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
8.	Operacja nerki przez nefrostomię	III
9.	Wycięcie moczowodu	II
10.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
11.	Reimplantacja moczowodu	II
12.	Operacja naprawcza moczowodu	II
13.	Nacięcie moczowodu	II
14.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II
15.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
16.	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
17.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
18.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II

19.	Powiększenie pęcherza	II
20.	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	III
21.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	II
22.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
23.	Brzuschno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
24.	Brzuszną plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
26.	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
27.	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
28.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
29.	Wycięcie cewki moczowej	II
30.	Operacja naprawcza cewki moczowej	II
31.	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
32.	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III
NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE		
1.	Usunięcie moszny	III
2.	Obustronne wycięcie jąder	II
3.	Usunięcie zmiany jądra	III
4.	Obustronne sprowadzenie jąder	II
5.	Proteżowanie jądra	III
6.	Operacja wodniaka jądra	III
7.	Operacja najądrza	III
8.	Wycięcie nasieniowodu	III
9.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
10.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
11.	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
12.	Amputacja prącia	II
13.	Usunięcie zmiany prącia	III
14.	Operacja plastyczna prącia	III
15.	Proteżowanie prącia	III
16.	Operacja napletka	III
ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY		
1.	Operacja łechtaczki	III
2.	Operacja gruczołu Bartholina	III
3.	Wycięcie sromu	II
4.	Wycięcie zmiany sromu	III
5.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
6.	Nacięcie kanału pochwy	III
7.	Wycięcie pochwy	III
8.	Nacięcie zrostów pochwy	III
9.	Usunięcie zmiany pochwy	III
10.	Operacja plastyczna pochwy	III
11.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
12.	Plastyka sklepienia pochwy	III
13.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
14.	Wycięcie szyjki macicy	III
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	III
16.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
17.	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
18.	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	III
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
21.	Częściowe wycięcie jajowodu	III
22.	Wszczepienie protezy jajowodu	III
23.	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
24.	Nacięcie jajowodu	II
25.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
26.	Częściowe wycięcie jajnika	III
27.	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III

28.	Operacja naprawcza jajnika	III
29.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
30.	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
31.	Operacja innego więzadła macicy	III
SKÓRA		
1.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
2.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
3.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
4.	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
5.	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	II
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
7.	Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
8.	Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
9.	Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
10.	Przeszczep płata śluzówki	III
11.	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
12.	Przeszczep śluzówki	III
13.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
14.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
15.	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III
TKANKI MIĘKKIE		
1.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
2.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
3.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
4.	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
5.	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
6.	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	III
7.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
8.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
9.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
10.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
11.	Plastyka przepukliny pępkowej	III
12.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
13.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	II
14.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III
15.	Operacja dotycząca pępka	III
16.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III
17.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
18.	Operacja dotycząca sieci	III
19.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
20.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
21.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
22.	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
23.	Przeszczep powięzi	III
24.	Wycięcie powięzi brzucha	III
25.	Usunięcie zmiany powięzi	III
26.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
27.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
28.	Operacja kaletki maziowej	III
29.	Przełożenie ścięgna	III
30.	Wycięcie ścięgna	III
31.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
32.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
33.	Uwolnienie ścięgna	III
34.	Zmiana długości ścięgna	III
35.	Wycięcie pochewki ścięgna	III
36.	Przeszczep mięśnia	II
37.	Wycięcie mięśnia	III
38.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	III

39.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
40.	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
41.	Drenaż węzła chłonnego	III
42.	Operacja przewodu limfatycznego	II
43.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III
KOŚCI ORAZ STAWY		
1.	Operacja naprawcza czaszki	II
2.	Otwarcie czaszki	I
3.	Wycięcie kości twarzy	III
4.	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
5.	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
6.	Wycięcie żuchwy	II
7.	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
8.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
9.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
10.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
11.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
12.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	I
13.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	I
14.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
15.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
16.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
17.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
21.	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
22.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
24.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
25.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
26.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
27.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
28.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
29.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	II
30.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
31.	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
32.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
33.	Wycięcie kości ektopowej	III
34.	Usunięcie zmiany kości	II
35.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
36.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
37.	Rozdzielenie trzonu kości	II
38.	Rozdzielenie kości stopy	III
39.	Drenaż kości	III
40.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
42.	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	II
43.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
44.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	III
46.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
47.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
51.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
52.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
53.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II

54.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
55.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
56.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
57.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
58.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
59.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
60.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
61.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
62.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
63.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
64.	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu	II
65.	Wtórne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu metodą otwartą	III
66.	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
67.	Protezowanie ścięgna	II
68.	Wzmocnienie ścięgna protezą	III
69.	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
70.	Uwolnienie przykurczu stawu	III
71.	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
72.	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	II
73.	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	III
74.	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	III
75.	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	III
76.	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	II
RÓŻNE		
1.	Reimplantacja kończyny górnej	II
2.	Reimplantacja kończyny dolnej	II
3.	Reimplantacja innego narządu	II
4.	Wszczepienie protezy kończyny	I
5.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
6.	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
7.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
8.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
9.	Amputacja palucha	III



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

